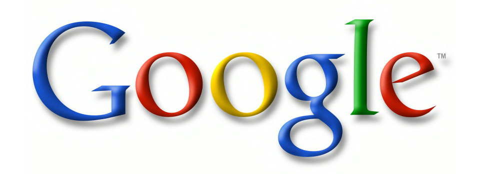
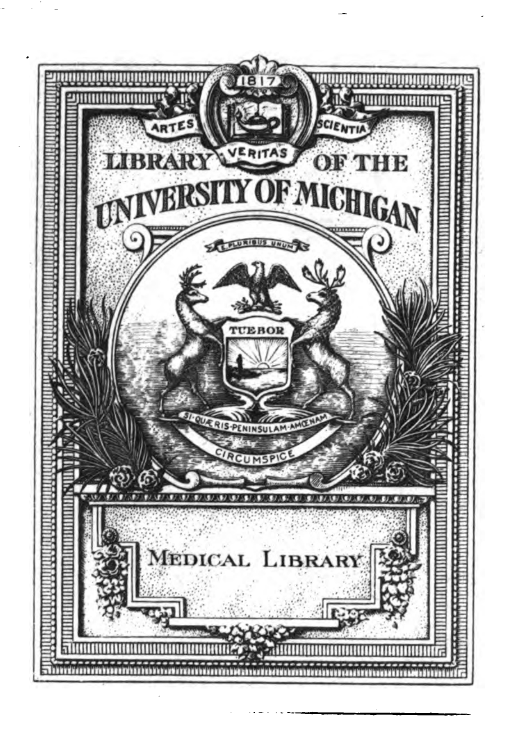





1817
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH

GEORG ILBERG
DRESDEN

NEUNZIGSTER BAND



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER VEIT & COMP.

1929

Inhalt.

Originalien.

Seite

Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.

Autoren-Register.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Berlin-Dahlem, **KLEIST**-Frankfurt a. M.

DURCH

GEORG ILBERG

DRESDEN

MIT BEILAGE

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

NEUNZIGSTER BAND

ERSTES UND ZWEITES HEFT

AUSGEGEBEN AM 23. MÄRZ 1929



BERLIN UND LEIPZIG 1929

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

1/2. Heft.

Originalien.

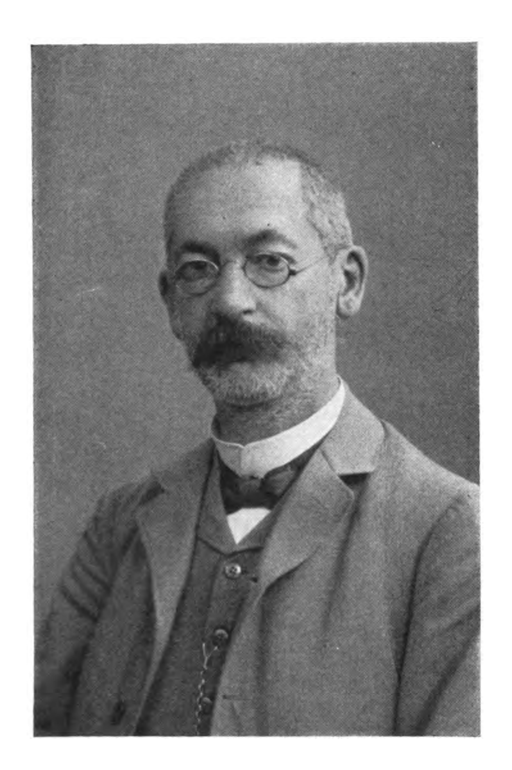
Kleinere Mitteilungen.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie" mit der Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hefte alle 4 Wochen zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" erscheint nur alle 8 Wochen, also 6 mal im Jahre. Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der Verein entgegennimmt, wird die gesamte Zeitschrift für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den Herausgeber Geheimrat Professor Dr. med. G. Ilberg in Dresden-Blasewitz, Schubertstr. 41,

Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg. Med. Rat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

Die Herren Mitarbeiter erhalten für Originalbeiträge M. 24.— Honorar für den Druckbogen und 25 Sonderdrucke kostenlos; Vereins- und Versammlungsberichte, von denen dem Generalberichterstatter 25, den einzelnen Referenten je 12 Sonderdrucke kostenlos geliefert werden, werden nicht honoriert. Für eine weitere Zahl von Sonderdrucken werden die Selbstkosten berechnet.



Hans Laehr,

Am 16. II. 1929 ist Geheimrat Hans Laehr, der verdienstvolle frühere Herausgeber der Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, heimgegangen. Der Verlag wird seinem hochgeschätzten Mitarbeiter und Berater in Dankbarkeit ein ehrendes Andenken bewahren.

Walter de Gruyter & Co.

Hans Laehr hat für die Allgem. Zeitschrift seinen Selbstnekrolog verfaßt, der nach Einsetzung des Todestages umstehend unverändert zum Abdruck gelangt.

Selbstnekrolog

Hans Laehr, geb. 6. 12. 1856 in Schweizerhof bei Zehlendorf (Kr. Teltow, jetzt Groß-Berlin), † 16. 2. 1929 in Wernigerode, hat in der Psychiatrie zwar nichts Selbständiges geleistet, sondern sich nur nach Kräften bemüht, ein würdiger Nachfolger seines Vaters zu sein. Da er aber 1906—23 Schriftführer des Deutschen Vereins für Psychiatrie war und die Allgemeine Zeitschrift redigiert hat, ist sein Leben mit der Geschichte des Vereins und der Zeitschrift verflochten. Bis zum 12. Jahre in der von seinem Vater gegründeten Heilanstalt aufgewachsen, kam er nach einjährigem Aufenthalt im Pastorat zu Draschwitz bei Zeitz nach Schulpforta, machte hier Ostern 1875 das Abiturientenexamen und studierte in Tübingen, Berlin, Straßburg und nochmals Berlin. Hier bestand er im Frühjahr 1880 die medizinische Staatsprüfung und promovierte im Herbst desselben Jahres. 1881—82 war er Assistent an der inneren Klinik in Kiel (Prof. *Quincke*), 1882—83 Volontärarzt in der Bonner Provinzialheilanstalt (Prof. *Nasse*), 1883—84 Assistent an der chirurgischen Abteilung des Diakonissenhauses Bethanien (Prof. *Rose*) in Berlin und von da ab Assistent seines Vaters in Schweizerhof. Im Dezember 1889 übergab ihm dieser die ärztliche Leitung der Anstalt, blieb aber bis zu seinem Tode als treuer Berater ihr Mittelpunkt. *Hans Laehr*, bald von seinem Bruder, Sanitätsrat *Georg Laehr*, und später auch von seinem Schwager Dr. *A. Hohlfeld* unterstützt, hat, gemeinsam mit diesen, Schweizerhofs Einrichtungen und Ruf auf der Höhe zu halten verstanden. Nach dem Tode des Vaters (1905) ward er dessen Nachfolger auch als Schriftführer des Deutschen Vereins und als Redakteur der Allg. Ztschr. Während des Weltkrieges, wo der Schwager im Felde stand und *Georg Laehr* großenteils durch ein Privatlazarett und durch die Lebensmittelbeschaffung in Anspruch genommen wurde, bewirkten die stärkere Arbeitslast und die Unmöglichkeit einer Erholungszeit eine fortschreitende Abnutzung, so daß beide Brüder sich zuletzt für unfähig hielten, länger für die Anstalt zu sorgen, und sie der Provinz Brandenburg anboten. Die Provinz übernahm die Anstalt Ostern 1919, und *Hans Laehr* zog nach Wernigerode. Als während der Inflation seine Einnahmen vorübergehend aufhörten, trat er 1923 auch

von seinem Amte als Schriftführer des Vereins und Redakteur der Zeitschrift zurück. *G. Ilberg* übernahm diese Pflichten. Von da ab beschäftigte sich *H. Laehr* vorzugsweise mit Geschichte besonders der Harzlande und hatte seit der Aufwertung der Hypotheken im Jahre 1925 ein sorgenfreies Alter, das er an der Seite seiner Gattin und in häufigem Zusammensein mit seinen 4 gutgearteten Kindern und seinen Enkeln freudig genoß.

Seine Schriften sind: Die Pacchionischen Granulationen (Arachnoidealzotten) und ihre Beziehungen zur Blutzirkulation im Schädel; Diss. Berlin 1880. — Zur Azetonurie Geisteskranker A. Z. f. Ps. 42, S. 153 und 44, S. 496. — Versuche über den Einfluß des Schlafes auf den Stoffwechsel A. Z. f. Ps. 46, S. 286. — Die Angst. Berliner Klinik, 1893. — Die Dämonischen des Neuen Testaments, Leipzig 1894. — Die Wirkung der Tragödie nach Aristoteles, 1896. — Die Darstellung krankhafter Geisteszustände in Shakespeares Dramen, 1898. — Die Heilung des Orest in Goethes Iphigenie, 1902. — Ein Fall von akuter Psychose nach Veronalgebrauch, A. Z. f. Ps. 69, S. 529. — Ein Fall von Unfallneurose, A. Z. f. Ps. 72, S. 134. — Psychopathia gallica, A. Z. f. Ps. 72, S. 250. — Wahnideen im Völkerleben, A. Z. f. Ps. 73, S. 234. — Trieb und Gefühl, A. Z. f. Ps. 74, S. 186.

Über die Heilanstalt Schweizerhof geben Auskunft die Berichte von 1893 und 1903, sowie die Notizen in der A. Z. f. Ps. 75, S. 264 und 79, 349.

Das letzte Werk *Laehr's* heißt: Das Messiasbewußtsein Jesu.

Wie kann die Gefährdung des Pflegepersonals durch lungentuberkulöse Geisteskranke möglichst herabgemindert werden?

Von

Regierungsmedizinalrat Dr. Fr. **Schmitt**-Hubertusburg.

Bevor man Erörterungen über zweckdienliche Maßnahmen zum Schutze des Pflegepersonals gegen Tuberkulose-Infektion anstellt, ist zu erwägen, ob eine besondere Gefährdung der Pflegepersonen bei der Pflege Tuberkulöser und insbesondere bei der Pflege tuberkulöser Geisteskranker anzunehmen ist. Eine solche Gefährdung wird von den meisten Autoren (wie *Cornet*, *Ziemmsen*, *v. Lindheim*, *Leube*, *Hamel*, *Kirchner*, *Otfried Müller*, *Braeuning*, *Zadek*, *Mucke*, *Petruschky*, *Huppe*, *J. W. Squires*, *Rickmann* und *W. Strauß* u. a.) für das Pflegepersonal im allgemeinen und von Autoren wie *Nötel*, *Mercklin*, *Starlinger*, *Oßwald*, *Mohr*, *Geist* und *Löw* für das Irrenpflegepersonal im besonderen angenommen. Diese besondere Gefährdung erscheint auch leicht verständlich, wenn man die hochgradige Unsauberkeit und teilweise völlige Verständnislosigkeit geisteskranker Tuberkulöser bedenkt. Diese Unreinlichkeit erstreckt sich sowohl auf rücksichtsloses Aushusten und Auswerfen von Sputum, wie auf das hemmungslose Herumschmieren mit Auswurf und den Stuhlentleerungen. Wenn irgendwo, ist für das Pflegepersonal auf Tuberkulose-Abteilungen der Irrenanstalten reichlichste Gelegenheit zu einer massiven Infektion mit Tuberkelbazillen gegeben.

Doch ist die dem Pflegepersonal drohende Gefahr keineswegs auf die Tuberkulose-Abteilungen der Anstalten beschränkt. Von jeher war die Verbreitung der Tuberkulose unter den Anstaltsinsassen infolge mangelnder Reinlichkeit, teilweise ungenügender Nahrungsweise und hochgradiger Indolenz gegenüber körperlichen Beschwerden eine recht große. Die Untersuchung während der Kriegs- und ersten Nachkriegsjahre führte eine weitere gewaltige Steigerung der Tuberkulose-Morbidität und -Mortalität in den Anstalten herbei. Trotz zweifellos festzustellender Besserung der gesundheitlichen Verhält-

nisse der Anstaltsinsassen ist die Erkrankungsziffer an Tuberkulose auch in den letzten Jahren immer noch eine beträchtliche. Die Gefahr für das Pflegepersonal besteht vor allem darin, daß die Erkennung der Tuberkulose bei vielen Geisteskranken so außerordentlich schwierig ist wegen des oft gänzlichen Fehlens aller subjektiven Erscheinungen, Unterdrückung des Hustenreizes usw. So ist mit der Möglichkeit zu rechnen, daß sich auch auf den allgemeinen Abteilungen immer noch einige ansteckungsfähige Tuberkulöse befinden werden, die erst bei wiederholter Untersuchung als tuberkulös erkrankt erkannt werden und zur Absonderung gelangen.

Trotz dieser großen Ansteckungsgefahr ist die Zahl der durch Infektion bei der Pflege tuberkulöser Geisteskranker entstandenen Erkrankungen eine verhältnismäßig geringe, wie aus diesbezüglichen Berichten von *Snell* und *Oßwald* zu ersehen ist und was auch bei Vergleich der Personalerkrankungsfälle in den sächsischen Landesanstalten zu beobachten war. Allerdings ist bei einer solchen Untersuchung nicht mit Sicherheit zu entscheiden, in wieviel Fällen eine Ansteckung als durch die Pflegetätigkeit auf einer Tuberkulose-Station bedingt angenommen werden kann.

Diese Frage ist ja im allgemeinen schon schwer zu entscheiden wegen der teilweise noch nicht völlig geklärten anderen Frage, wie denn eigentlich die Lungentuberkulose des Erwachsenen zustande kommt.

Bei der Wichtigkeit dieses Problems für die Tuberkulose-Prophylaxe, besonders für die Frage der immunbiologischen Eignung von Pflegepersonen für die Tuberkulosenpflege sei noch kurz darauf eingegangen.

Nachdem nach *Römers* Bericht durch *Volland* (1890) und *Wolff* (1892) zuerst die Vermutung ausgesprochen war, die tuberkulöse Ansteckung erfolge nicht erst bei Entstehung der Lungenschwindsucht, sondern schon im Kindesalter, und diese Hypothese durch statistische Untersuchungen von *Ritter* und *Vehling* bestätigt war, stellte *Behring* die neue Lehre von der Phthiseogenese als Folge früherer Kindheitsinfektion auf. Mit der Anerkennung dieser Lehre von der Tuberkulose-Infektion im Kindesalter tauchte dann die Streitfrage auf, wie nun in dem von Kindheit an tuberkulös infizierten Organismus des Erwachsenen die Lungentuberkulose sich entwickle. Diese Frage ist bis heute noch nicht völlig entschieden. Eine Anzahl von Autoren sprach sich dahin aus, daß die Lungenschwindsucht, das tertiäre Stadium der Tuberkulose, sich durch endogene Reinfektion auf metastatischem Wege entwickle. Andere Autoren behaupteten, die Lungen-

tuberkulose entstehe vorwiegend oder wenigstens in einem beträchtlichen Teil der Fälle durch eine exogene Re- oder besser Superinfektion, wobei entweder durch andauernde kleine, additionelle Neuinfektionen die von der Infektion im Kindesalter herrührende Immunität gelähmt oder durch ein- oder mehrmalige massige Infektion mit großen Mengen von Tuberkelbazillen durchbrochen werde. Diese durch frühere Tuberkulose-Infektion erworbene Immunität wird von der Mehrzahl der Autoren (*Braeuning*, *Aschoff*, *Neufeld*, *Otfried Müller*, *Graß*, *Petruschky*, *Staehelin*, *v. Hayek*, *Kauert*, *Selter* u. a.) als eine nur beschränkte angesehen.

Einig sind sich auch die meisten Autoren darin, daß sie eine Tuberkuloseinfektion für noch nicht tuberkulös infiziert gewesene Erwachsene, denen also jeder Durchseuchungswiderstand fehlt, für besonders gefährlich und ungünstig im Verlauf halten. Erwähnt sei ferner noch die für das Pflegepersonal wichtige, von vielen Autoren bestätigte Tatsache der Schwächung oder gar völligen Durchbrechung der erworbenen Tuberkulose-Immunität durch interkurrente Infektionskrankheiten, wie Masern, Keuchhusten, Influenza.

Im ganzen ist man bei zusammenfassender Betrachtung der herrschenden Lehrmeinungen über Tuberkulose-Immunität und Phthiseogenese zu der Schlußfolgerung berechtigt, daß die exogene Superinfektion als Entstehungsursache der Lungentuberkulose eine nicht unbedeutende Rolle spielt und daß die Feststellung des Immunitätsgrades eine gewisse Bedeutung bei der Auswahl und kontrollierenden Nachuntersuchung des Pflegepersonals auf Tuberkulose-Abteilungen besitzt.

Die für die Auswahl des Pflegepersonals ebenfalls recht wichtige Frage der Disposition zur Tuberkulose ist von den Autoren in ihrer Bedeutung recht verschieden beurteilt worden. Es erscheint daher schwer ihre Bedeutung eindeutig abzugrenzen. Man wird zweckmäßigerweise den verschiedenen Auffassungen Rechnung tragend den Dispositionsbegriff in dem allgemeinen Sinne fallen lassen, da er hier besser durch den jeweilig bestehenden Immunitätsgrad auszudrücken ist, und ihn rein auf die lokale, vererbte Konstitutionsanomalie des Thorax und evtl. noch mit gewisser Vorsicht auf die erworbene Lungendisposition beschränken. Von den bisher zur erworbenen Disposition gerechneten schädigenden Momenten wirkt ja auch ein Teil, wie interkurrente Infektionskrankheiten, Diabetes mellitus und Unterernährung in erster Linie nur durch die Durchbrechung der bestehenden Immunität in phtiseogenetischen Sinne, während die Pneumokoniosen und traumatischen Einflüsse unabhängig von der Immunität als er-

worbene Disposition zur Lungentuberkulose angesehen werden können.

Die früher wichtige Unterscheidung von offener und geschlossener Tuberkulose hat durch die neueren Untersuchungsergebnisse, wie sie u. a. in der *Romberg*schen Arbeit über die Entwicklung der Lungentuberkulose enthalten sind, an Bedeutung verloren. Eine Lungentuberkulose kann danach schon im Frühstadium bei Vorhandensein eines infraklavikulären Infiltrates vorübergehend offen sein, ohne daß damit Schlüsse auf den weiteren Verlauf gezogen werden könnten. Immerhin kann man bei dem tertiären Stadium von schwerer Lungentuberkulose mit Bazillenausscheidung und leichter Tuberkulose ohne derzeitigen Bazillenbefund reden. Die Frage ihrer gegenseitigen Beeinflussung wurde 1924 bei der Tagung der Lungenheilanstaltsärzte verhandelt, jedoch gingen die Meinungen darüber auseinander.

Was die praktische Auswirkung dieser Frage anbelangt, so hielt, um aus der Literatur einige Lehrmeinungen anzuführen, *Zadek*, *Clemens* und *Kirchner* die Einstellung leicht tuberkulös erkrankten Pflegepersonals auf Tuberkuloseabteilungen für angängig, wenn gewisse Vorbedingungen erfüllt sind.

Geist hingegen empfahl äußerste Vorsicht bei der Einstellung tuberkulöser Pflegepersonen auf der Tuberkulose-Abteilung von Irrenanstalten.

Eine Reihe von medizinalpolizeilichen Verordnungen wurde im Laufe der letzten Jahre zum Schutze des Pflegepersonals gegen Tuberkulose-Infektion erlassen. So wurden vom Reichsgesundheitsrat 1920 „Leitsätze über Maßnahmen zum Schutze des Krankenpflegepersonals gegen Erkrankung an Tuberkulose“ ausgearbeitet und durch landesgesetzliche Verordnungen veröffentlicht.

Weitere Maßnahmen zum Schutze des Pflegepersonals finden sich in den Richtlinien des Reichsministers des Innern vom 22. 12. 1924 betr. Maßnahmen zur Eindämmung der Tuberkulose unter den religiösen Krankenpflegepersonen.

Es erscheint ratsam nunmehr einiges über die zum gestellten Thema erschienene Literatur zu berichten.

Zunächst sei dabei auf die Verhältnisse des Pflegepersonals im allgemeinen und dann auf die die Irrenanstalten betreffende Literatur hingewiesen:

Clemens empfiehlt dem Pflegepersonal als wichtigstes Schutzmittel stets genügenden Abstand von den hustenden Kranken zu wahren, außerdem rät er zu reichlichem Genuß von frischer Luft, zu Sonntagssport für die körperlich kräftigen und zu Sonntagsruhe und

Sonnenbädern für die schwächlicheren Personen. Von einer prophylaktischen Impfung mit abgeschwächten oder artfremden Tuberkelbazillen verspricht er sich nur sehr kurzdauernde Wirkung, so lange die Bazillen im Blute kreisen.

Mücke kommt zu folgenden prophylaktischen Vorschlägen: Ausscheidung von Pflegepersonen mit Thorax paralyticus, kleinen Herzen, alten Spitzenherden, tuberkulösen Drüsenprozessen, allgemeiner Schwäche und Anaemie. Häufige Durchuntersuchung besonders der jugendlichen Pflegepersonen, Gewährung ausreichender Beköstigung mit ungestörten Ruhepausen zur Einnahme der Mahlzeiten, Unterlassung allen Personalabbaus.

Rickmann verlangt, daß auf Tuberkulose-Abteilungen nur spezialistisch vorgebildetes Personal verwendet werde, daß die Speigefäße nur von geschulten Desinfektoren gereinigt würden. Als wichtigste Schutzmaßnahme fordert er ebenfalls Beachtung der alten 3 Flüggeschen Gebote:

Abstand halten,
Kopf abwenden,
Hand vorhalten.

Der Lungenbefund der Pflegepersonen muß regelmäßig kontrolliert werden.

Braeuning warnt davor, Pflegepersonen mit negativem Pirquet auf Tuberkulose-Abteilungen zu beschäftigen. Er warnt ferner vor zu starker dienstlicher Belastung besonders der weiblichen Pflegepersonen. Er fordert genaue gesundheitliche Überwachung und öfteren Wechsel des Pflegepersonals auf Tuberkulose-Abteilungen.

Graß verlangt die Fernhaltung aller Nichtinfizierten und Rekonvaleszenten von der Tuberkulosepflege, eine gute Schulung und gute Ernährung des Personals.

Petruschky ist für die Einstellung älterer, hygienisch geschulter Pflegekräfte, die nach Möglichkeit spezifisch vorbehandelt sein sollen.

Hollo hält solche Versuche einer spezifischen Prophylaxe durch Schutzimpfung für gerechtfertigt. Er erwähnt, daß seit 1910 in dieser Richtung von *Calmette* und *Guerin* Versuche im Gange seien, deren Resultat noch abgewartet werden müsse.

Die wichtige Bedeutung gesundheitsgemäßer Lebensweise für die Tuberkulose-Prophylaxe ist von *Weber* und *Beschorner* nachdrücklich betont worden. Beide sprechen in den Blättern für Wohlfahrtspflege einer geeigneten Körperpflege, den Leibesübungen und der Einwirkung von frischer Luft und Sonnenbestrahlung eine wesentliche Bedeutung im Kampf gegen die Tuberkulose zu.

Beschorner empfiehlt noch besonders eine geregelte Atemtechnik als tuberkuloseverhütend.

In einem Artikel „Beitrag zum Problem des Tuberkulosekrankenhauses" fordert *Lang* von einem solchen, daß es eine Synthese von Heilstätte, Infektionskrankenhaus und Siechenanstalt unter einem Dache sein müsse, daß es mit den neuesten hygienischen, diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen ausgestattet sei, um die bestmöglichen Bedingungen für die Heilung, aber auch gegen eine Superinfektion der Kranken und eine Infektion des Krankenhauspersonals wie der Umgebung des Krankenhauses zu bilden.

Mit der Frage der Tuberkulose in Irrenanstalten beschäftigte sich schon 1891 *Nötel* und riet bei der Annahme von Wart- und Dienstpersonal große Vorsicht zu beobachten und dasselbe vorher genau auf eventuelle tuberkulöse Erkrankung zu untersuchen.

Mercklin empfahl 1896 Trennung der Tuberkulösen von den anderen Geisteskranken für die Nacht und im Zustande der Bettlägerigkeit; eingehende Belehrung und eventuelle Vermehrung des Pflegepersonals bei der Pflege Tuberkulöser: Vermeidung einer Überfüllung der Anstalten und geeignete Form der Spucknäpfe.

Starlinger wollte die Heilstättenbehandlung ins Psychiatrische übertragen wissen.

Oßwald berichtete 1902 über Tuberkulose und ihre Bekämpfung in den hessischen Irrenanstalten. Er fordert strenge Isolierung der tuberkulös Erkrankten und eine Bereitstellung von 6—7% Gesamtraumes einer Irrenanstalt für Tuberkulöse. Das Tuberkulose-Haus einer Anstalt solle eine Irrenanstalt im kleinen darstellen und die nötigen Wachsäle usw. sowie Nebenräume erhalten.

Das Pflegepersonal des Tuberkulose-Hauses müsse ganz gesund und frei von tuberkulöser erblicher Belastung sein. Es solle besonders in Desinfektion und Beachtung der Vorsichtsmaßregeln vorgebildet sein und eine besondere Dienstanweisung ausgehändigt bekommen.

Deiters berichtet 1904, daß in der Anstalt Neuruppin alle Kranke mit unmotivierten Gewichtsabnahmen mit Tuberkulin geimpft und im Falle einer positiven Reaktion sofort abgesondert würden.

Geist fand auf Grund seiner Beobachtungen in der Landesanstalt Zschadraß bei Geisteskranken infolge Verschluckens des Sputums häufig Darmtuberkulose. Er betonte ebenfalls die Wichtigkeit frühzeitiger Diagnosestellung und Isolierung. Er hielt die Zentralisierung der tuberkulösen Geisteskranken mehrerer Anstalten auf einer Tuberkulosen-Abteilung für empfehlenswert. Er forderte gründliche Be-

lehrung des Pflegepersonals und Fernhaltung zu Tuberkulose disponierter Pflegepersonen von der Tuberkulosenpflege.

Mohr hielt auch die Sammlung der tuberkulösen Geisteskranken aus mehreren Anstalten und ihre Isolierung in einem eigenen Tuberkulose-Pavillon für ratsam.

Sighart empfiehlt 1917 im Interesse einer rechtzeitigen Diagnosestellung von Lungenerkrankungen die Beschaffung eines Röntgenapparates für die Irrenanstalten und berichtet über die guten Erfolge, die er von dieser Maßnahme in Günzburg gesehen habe.

Ebenso betont *Fuchs*, daß im Kampfe gegen die Tuberkulose heute keine Anstalt mehr ohne einen geschulten Röntgenarzt und entsprechende Apparatur auskommen könne.

Köster hält die Frühdiagnose der Tuberkulose bei den Geisteskranken für sehr wichtig, um darauf eine aktivere Behandlung als bisher im Sinne einer Steigerung der Abwehrleistung durch Immunisierung aufzubauen.

Löw berichtet 1922 über die in Bedburg-Hau getroffenen Maßnahmen. Er rät zwecks frühzeitiger Erkennung tuberkulöser Erkrankungen eine genaue Körpergewichts- und Temperaturkontrolle der Anstaltsinsassen auszuüben, in fraglichen Fällen eine Röntgendurchleuchtung zu machen und zur Diagnose die Pirquetsche Hautimpfung heranzuziehen.

von Hugo empfiehlt in einem Aufsatz „Gesichtspunkte für den Neubau von Irrenanstalten" besondere Gebäude zur Unterbringung tuberkulöser Geisteskranken. Diese Häuser sollen nicht zu klein und nur bei klimatisch günstig gelegenen Anstalten gebaut werden. Eventuell sei ein Tuberkulose-Haus für mehrere Anstalten einer Provinz ausreichend.

Zum Schluß dieser Literaturbesprechung sei noch auf die für die Tuberkulose-Prophylaxe in den Irrenanstalten wichtigen Ausführungen von *Barth* über „Tuberkuloseerkennung bei Geisteskranken" hingewiesen. Er weist ebenfalls auf die Wichtigkeit der Frühdiagnose hin.

Wegen der oft erschwerten physikalischen Untersuchung sei besonders zu achten auf alle Veränderungen der Kranken, wie auf allmählich sich entwickelnde Blässe, müden Gesichtsausdruck, schlaffes Verhalten sonst lebhafter Kranker, Appetitmangel und Körpergewichtsabnahmen. Erforderlich sei auch eine genaue Kontrolle der Körpertemperatur, und Gewicht zu legen auf die der Tuberkulose eigene Labilität der Temperatur.

Besondere Bedeutung besitze die kutane Tuberkulin-Reaktion nach v. Pirquet.

Eine Schnellreaktion spreche für aktive Tuberkulose, die langsame Entwicklung einer Spätreaktion z. B. der positive Ausfall der Hautreaktion nach 24—48 Stunden bedeutet Freisein von Tuberkulose-Erkrankung, also eine latente inaktive Tuberkulose.

Negativ falle die Hautreaktion aus bei noch nicht tuberkulös infizierten Individuen, bei solchen in weit fortgeschrittenen Stadien und endlich bei Rekonvaleszenten nach Infektionskrankheiten und anderen geschwächten Individuen.

Auf Grund der angeführten medizinalpolizeilichen Bestimmungen und der angegebenen Literaturhinweise sollen im folgenden einige Vorschläge zur Herabminderung der Personalgefährdung gemacht werden.

Zunächst sei da auf die Möglichkeiten einer frühzeitigen Tuberkulose-Erkennung innerhalb der Irrenanstalten hingewiesen. Die Wichtigkeit der Frühdiagnose der Tuberkulose in Irrenanstalten ist von den meisten Autoren betont worden, da nur sie die Möglichkeit bietet, die Tuberkulösen frühzeitig zu isolieren und dadurch die Ansteckungsgefahr wirksam zu begrenzen.

Die Anstaltsinsassen sind sorgfältig auf jede plötzliche oder allmähliche Veränderung in ihrem Aussehen, ihrem körperlichen Verhalten und ihrer Nahrungsaufnahme zu beobachten. Das Pflegepersonal ist anzuweisen, jede derartige Beobachtung zur Kenntnis des Arztes zu bringen. Ebenso ist eventuelles Husten und Spucken der Kranken sorgfältig zu beachten. Auch öftere durchfällige Darmentleerungen ohne nachweisbaren vorhergehenden Diätfehler mahnen zu größter Aufmerksamkeit und lassen, wenn Ruhr oder anderweitige Infektion nicht anzunehmen sind, mehrmalige Untersuchung des Stuhlganges auf Tuberkulosebazillen angezeigt erscheinen.

Besonderer Wert ist, wie auch von allen Autoren bestätigt wird, der Kontrolle des Körpergewichtes beizumessen. Eine bei wiederholten Wägungen festgestellte fortschreitende Gewichtsabnahme muß, wenn sie nicht etwa aus dem veränderten psychomotorischen Verhalten erklärbar ist, den Verdacht einer tuberkulösen Erkrankung erwecken.

In allen solchen Fällen irgendwie auftauchenden Tuberkulose-Verdachtes ist eine sorgsame Kontrolle der Körpertemperatur auszuüben. Dabei ist die Temperatur möglichst dreimal täglich, in der Ruhe wie auch nach gelegentlichen kleinen Anstrengungen zu messen. Eine öftere leichte Steigerung der Körperwärme wird den Verdacht einer tuberkulösen Erkrankung weiterhin verstärken.

Die physikalische Untersuchung der Lungen wird in jedem Falle vorzunehmen sein, in einem großen Teil der Fälle aber infolge des Widerstrebens oder der stupurösen Hemmung der Patienten zu keinem klaren Befunde führen. Die Inspektion und Perkussion wird im allgemeinen noch leichter möglich sein, wie die eine gewisse Mitarbeit des Kranken erfordernde Auskultation.

Eine große Bedeutung für die Tuberkulose-Diagnose kommt besonders zur Erkennung der seit den Beobachtungen von *Aßmann*, *Redecker* und *Romberg* im Mittelpunkt des Interesses stehenden Frühinfiltrate dem Röntgenbilde zu. Von den Anstalten Günzburg, Kaufbeuren und Bedburg-Hau wird über gute Erfahrungen mit der Röntgendiagnose berichtet, und es erscheint daher wünschenswert, daß möglichst alle, wenigstens aber die Anstalten, an denen sich eine größere Tuberkulose-Abteilung befindet, eine diagnostische Röntgen-Einrichtung besitzen, um bei den Insassen der eigenen Anstalt die Möglichkeit röntgenologischer Frühdiagnose zu haben und dabei besonders, wie *Fuchs* kürzlich betonte, die Frühinfiltrate einer möglichst baldigen Behandlung zuzuführen; um den klinischen Befund auch der von auswärtigen Anstalten auf die Tuberkulose-Sammelabteilung verlegten Kranken nachprüfen zu können und um eine bessere Gesundheitskontrolle des Tuberkulosenpflegepersonals zu ermöglichen.

Die Untersuchung des Auswurfes stößt ähnlich wie die physikalische Untersuchung bei den Geisteskranken auf große Schwierigkeiten, weil ein großer Teil der Kranken seinen Auswurf dauernd verschluckt und ein anderer Teil ihn zwar auswirft, aber nicht in die vorgesehenen Speigefäße, sondern wahllos auf den Boden und in das Bett. Wenn reichliche Sputummengen verschluckt werden, könnte der Versuch gemacht werden, frühmorgens durch Nüchternausheberung des Magens etwas Sputum zu gewinnen und zur Untersuchung zu bringen. Wenn nur spärliche Auswurfteile zu erhalten sind, empfiehlt sich die Anreicherung derselben vor der Untersuchung. Die Sputumuntersuchung ist von besonderer Wichtigkeit für die Feststellung der beginnenden Prozesse mit Frühinfiltrat, da diese häufig das Bild einer fieberhaften grippeartigen Erkrankung bietenden Fälle während des kurzdauernden akuten Stadiums meist reichliche Tuberkelbazillen im Auswurf entleeren.

Eine wichtige Rolle bei der Frühdiagnose der Tuberkulose spielen die Tuberkulin-Reaktionen, die besonders in Gestalt der kutanen Probe nach *v. Pirquet* und der subkutanen Injektion kleinster Tuberkulindosen (Stichreaktion) zur Anwendung kommen. Obwohl ihnen auf Grund neuerer Untersuchungen von *Selter* die Bedeutung einer

rein spezifischen Reaktion abgesprochen wird, und sie nur noch mit größerer Wahrscheinlichkeit, wie etwa die Wassermannsche Reaktion auf Lues, auf eine stattgehabte tuberkulöse Infektion hindeuten sollen, erscheint bei dem heutigen Stande unseres Wissens ihre Anwendung als diagnostisches Hilfsmittel unerläßlich. Die Anwendungsweise der *Pirquet*schen Reaktion und ihre Ausdeutung für die Tuberkulose-Diagnose ist aus dem vorangeführten Referat der *Barth*schen Arbeit ersichtlich. In den Fällen, wo die *Pirquet*sche Reaktion infolge ihrer sehr großen Empfindlichkeit keine eindeutigen Resultate ergibt, kann die Subkutanreaktion in Vorschlag gebracht werden, die bei genügender Vorsicht in der Dosierung in Fällen von begründetem Tuberkulose-Verdacht ohne größere Bedenken angewandt werden kann. Immerhin ist die Möglichkeit, daß es durch die Herdreaktion mal zu einer unerwünschten Reaktivierung und Propagation eines latenten Herdes kommt, nicht auszuschließen, so daß in jedem Falle erst der Versuch zu machen wäre, mit der *Pirquet*schen Reaktion auszukommen.

Als ein Hilfsmittel von begrenzter Bedeutung kann endlich die Blutkörperchen-Senkungsreaktion herangezogen werden, die bei Tuberkulose schon in frühen Stadien der Erkrankung gegenüber der Norm beschleunigt abläuft. Sie zeigt dieses Verhalten aber auch bei Bestehen anderer entzündlichen Prozesse im Organismus, so daß die Reaktion nur als eine unspezifische angesehen werden kann. Etwas höher zu bewerten ist der Ausfall der Senkungsreaktion, wenn diese in Verbindung mit der Injektion einer unterschwelligen Tuberkulindosis oder einer ebensolchen Tebeprotindosis angestellt wird, dergestalt, daß die Geschwindigkeit des Ablaufs der Senkungsreaktion vor und nach dieser Tuberkulin- bzw. Tebeprotin-Injektion gemessen wird. Eine hierbei gefundene Zunahme der Senkungsbeschleunigung nach der Injektion soll für das Bestehen eines tuberkulösen Prozesses sprechen.

Kurz zu erwähnen ist noch die Komplementbindungsreaktion von *Besredka*, die als serodiagnostische Methode auf den Nachweis lipoidhaltiger Antikörper eingestellt ist. Ihr diagnostischer Wert wird aber von vielen Autoren, wie *Guth*, *Hippe* und *Pinner* als ein recht unsicherer und beschränkter angesehen. Wenn auch von einzelnen wie von *Ichok* ihr eine größere Bedeutung beigemessen wird, erscheint wegen der über ihre Verwertbarkeit noch bestehenden Unklarheit ihre Anwendung im Anstaltsbetrieb weniger ratsam.

Wenn auf Grund der angeführten Untersuchungsverfahren die Tuberkulose-Erkrankung eines Anstaltsinsassen festgestellt oder als

wahrscheinlich annehmbar ist, ist für sofortige Absonderung des Erkrankten und Unterbringung in der Tuberkulose-Abteilung Sorge zu tragen. Die Bettwäsche des bisher benutzten Bettes ist erst sorgfältig zu desinfizieren, bevor sie zum Waschen gegeben wird, die Matratzen und Kissen sind der Dampfdesinfektion zu unterwerfen, die Bettstelle und der Fußboden in der Umgebung, und wenn das Bett an der Wand gestanden hat, auch die angrenzende Wandfläche sind mit 5% Chloraminlösung oder, wenn durch den intensiven Chlorgeruch eine Belästigung der anderen Kranken zu befürchten ist, mit 5% Alkalysollösung mehrmals abzuwaschen.

Die Tuberkulose-Abteilung der Irrenanstalt soll nach Möglichkeit in einem eigens dafür bestimmten Gebäude eingerichtet werden. Das Tuberkulose-Haus muß sowohl die Sicherheitsmaßnahmen der Irrenanstalten gewährleisten, wie die hygienischen Einrichtungen des modernen Tuberkulosekrankenhauses enthalten, wenn es seiner Bestimmung gerecht werden will.

Es soll also nach Möglichkeit sich in der Längsrichtung von Osten nach Westen erstrecken, um eine Anordnung der Krankenräume auf der Südseite zu ermöglichen. Es soll nach Möglichkeit eine oder mehrere den Krankenräumen vorgelagerte Liegeveranden enthalten, deren Benutzung jedoch vorwiegend für ruhige Kranke möglich ist. Die Veranden können, wenn sie im Erdgeschoß gelegen sind, offen sein und mit dem Garten in Verbindung stehen. Wenn das Tuberkulosehaus ein mehrstöckiges Gebäude ist, und in den oberen Geschossen auch Liegeveranden enthält, sind diese, auch wenn sie unbedacht sind, mit geeignetem Gitterverschluß zu versehen.

Die Kranken- und Personalräume sollen sonnig und luftig sein. Der Fußboden soll Linoleumbelag und die Wände Ölanstrich erhalten. Auf Fenstergardinen und Teppiche (auch in den Tagesräumen) wird im Interesse der Verhütung von Staubbildung möglichst ganz Verzicht geleistet.

Das Haus soll getrennte Wachsäle für ruhige wie für unruhige Kranke enthalten und daneben noch einige Einzelzimmer und Isolierräume. Ein der Belegzahl entsprechend großer Garten an der Südseite des Hauses muß vorhanden sein. Dabei ist darauf zu achten, daß keine beschattenden Bäume den Lichtzutritt zu dem Gebäude verhindern. Nach Möglichkeit soll ein abgeteiltes sonniges Stück des Gartens dem Pflegepersonal zum Aufenthalt während der Freistunden zur Verfügung stehen.

Die Notwendigkeit einer strengen Abtrennung der

Personalräume wird von fast allen Autoren verlangt und erscheint dringend erforderlich.

Als besondere Räume müssen weiter vorhanden sein: Ein ärztliches Untersuchungszimmer, in dem gleichzeitig die Höhensonne untergebracht sein kann; ein daneben liegender Raum für die Röntgeneinrichtung; ein Kellerraum für die Sputumdesinfektion und desinfektorische Vorbehandlung der Wäsche, bevor diese zur allgemeinen Anstaltswäscherei gelangt; eine oder mehrere Spülküchen, in denen am besten eine Geschirrspülmaschine zur Reinigung und Desinfektion des Krankengeschirrs Aufstellung findet; ein Gelaß zum Aufbewahren der Schuhe und Kleidungsstücke der Kranken und endlich ein Raum mit Waschvorrichtung und Gelegenheit zur Händedesinfektion für das Pflegepersonal, in dem dieses nach Verlassen der Krankenabteilung die Schutzkleidung aufhängen und die Schuhe wechseln kann.

Dem Pflegepersonal sollen außer den Schlafräumen noch ein oder mehrere, in gleicher Weise von der Krankenabteilung abgesonderte Eßräume zur Verfügung stehen, die mit Waschgelegenheit unter fließendem Wasser versehen sein müssen.

In mehrstöckigen Tuberkulosehäusern, die in den oberen Stockwerken keine Liegeveranden besitzen, in denen die Kranken daher zur Liegekur in den Garten transportiert werden müssen, ist die Anlage eines elektrisch betriebenen Personenaufzuges dringend zu empfehlen, der für die Kranken eine viel schonendere Transportmöglichkeit bietet und dem Pflegepersonal seine Aufgabe wesentlich erleichtert. Insbesondere wird dadurch die Gefahr des innigen Kontaktes ausgeschaltet, die damit verbunden ist, wenn die Kranken vom Personal die Treppen hinab- und heraufgetragen werden müssen. Die Schwerkranken können bei Vorhandensein eines Fahrstuhles in ihren Betten mittels Bettfahrer in den Aufzug und vom Erdgeschoß aus auf einer leicht anzulegenden schiefen Ebene in den Garten gefahren werden. Um auch im Garten bei anhaltend trockenem Wetter und bewegter Luft eine Staubentwicklung zu verhüten, ist das gelegentliche Besprengen des Bodens mit einem Hydrantenschlauch zu empfehlen.

In den Krankensälen und den anderen für Kranke zugänglichen Räumen ist durch mehrmals tägliches feuchtes Aufwischen einer Staubentwicklung entgegenzutreten.

Bei Beschmutzung des Bodens, der Wände oder anderer fester Teile mit Auswurf, Kot, Urin und dgl. sind die beschmutzten Stellen mit 5% Chloraminlösung abzuwischen.

Gegen die Staubentwicklung ist auch in weiterem Umfange als bisher mit Staubsaugern vorzugehen und der abgesaugte Kehricht dann sofort zu verbrennen.

Die durch Sputum und andere Ausleerungen verschmutzte Bett- und Leibwäsche der Kranken ist möglichst oft zu wechseln. Diesem erhöhten Wäschebedarf der Tuberkulose-Abteilung ist unbedingt Rechnung zu tragen. Die schmutzige Wäsche ist am besten sofort in Beutel oder Säcke zu legen, dann entweder auszukochen oder für die Dauer von 4 Stunden in 5% Alkalysol- oder 2% Chloraminlösung einzuweichen und erst nach dieser Desinfektion der Anstaltswäscherei zu übergeben.

Die Kranken sind dauernd anzuhalten, ihren Auswurf in die Spuckgefäße zu entleeren. Hierzu wählt man bei bettlägerigen Geisteskranken am besten solche aus Email mit verschließbarem trichterförmigen Deckel mit etwas Wasser gefüllt. Der Gefahr, daß bei diesen Gefäßen immer etwas Sputum auf dem Deckel liegen bleibt und dort eintrocknet, kann durch mehrmals tägliches Auswechseln der Gefäße begegnet werden. Die offene deckellose Form der Spucknäpfe, bei der das Sputum direkt in die im Spucknapf befindliche Desinfektionslösung entleert wird, eignet sich nur für geistesgesunde Phthisiker. Für ruhige, reinliche geisteskranke Phthisiker ist diese offene Form wegen der darin befindlichen giftigen Desinfektionslösung nicht verwendbar und für unruhige Kranke erst recht wegen der Gefahr, daß sie mit den Fingern das entleerte Sputum wieder aus dem Gefäß herausholen und um sich herum verschmieren, oder daß sie die offenen Speigefäße gar als Wurfgeschoß gegen Mitkranke und Personal verwenden. Für ruhige Kranke käme evtl. noch das mit abnehmbarem Blechdeckel versehene, mit Wasser gefüllte Speiglas in Frage. Doch dürfen bei dessen Verwendung unruhige Kranke keinen Zutritt zu den Ruhigen-Wachsälen haben. Für die Tagesräume, Aborte und evtl. andere den Kranken zugängliche Räume empfiehlt sich die Anbringung von Spei- oder Gurgelbecken in Brusthöhe mit permanenter Wasserberieselung, wobei durch die starke Wasserverdünnung die Gefahr etwaiger Infektiosität der Abwässer sehr vermindert wird.

Von größter Bedeutung ist nun die Frage der Desinfektion des Sputums und der Sputumgefäße. Nach den übereinstimmenden Urteil der Autoren scheint sich für die Sputumdesinfektion das Alkalysol besonders bewährt zu haben. Dieses Desinfektionsmittel wird in 5% Lösung angewandt und soll 4 Stunden auf das Sputum einwirken. Nach dieser Zeit kann eine Abtötung der Tuberkelbazillen als sicher angenommen und der Inhalt des Spuckgefäßes in

den Abort entleert werden. Die Spuckgefäße selbst sind dann vor der mechanischen Reinigung und Wiederingebrauchnahme noch zu desinfizieren. Diese Desinfektion kann entweder durch zweistündiges Einlegen in eine 5% Alkalysol- oder Chloraminlösung oder durch strömenden Wasserdampf in einem Sputumdesinfektionsapparat erfolgen. Bei Anwendung beider Methoden ist es ratsam, die Desinfektion des Sputums wie der Sputumgefäße in einem eigens dazu bestimmten, im Keller oder Erdgeschoß gelegenen Raum vorzunehmen.

Auf die sorgfältige Beachtung dieser Desinfektionsvorschriften durch das Pflegepersonal ist streng zu achten, da gerade hier jede Unachtsamkeit schwerste gesundheitliche Gefahren birgt.

Da auch die Reinigung der Kranken-Eßgeschirre in den Spülküchen in dieser Beziehung eine Gefahrenquelle für das mit der Reinigung betraute Personal darstellt, ist dringend zur Beschaffung einer Geschirrspülmaschine für jedes Tuberkulose-Haus zu raten.

Besondere Beachtung ist auf den mit unsauberen tuberkulösen Geisteskranken belegten Abteilungen der Bekämpfung der Fliegenplage zu widmen. Zu dem Zweck müssen reichlich Fliegenfänger aufgehängt werden und die Räume, in denen sich Speisereste befinden, wie die Spülküchen, nach Möglichkeit mit Fliegenfenstern geschützt werden. Die Verwendung von Arsenzuckerlösung und anderen Giftstoffen zur Tötung der Fliegen erscheint in einer Anstalt für Geisteskranke zu gefährlich und daher nicht ratsam.

Bezüglich der Unterbringung der Kranken sollen im allgemeinen die in einer Irrenanstalt üblichen Grundsätze gewahrt bleiben. Man wird auch unruhige Kranke möglichst in den gemeinschaftlichen Wachsälen belassen. In einigen Fällen wird sich allerdings eine vorübergehende Isolierung nicht umgehen lassen bei hochgradig erregten Kranken, die durch ihr aggressives Verhalten gegen Mitkranke und Pflegepersonal, durch rücksichtsloses Anspucken, wobei sie oft das Gesicht der Pflegepersonen zu treffen wissen, eine erhebliche Gefahr für ihre Umgebung bilden. Eine Isolierung solcher Kranken ist dann notwendig, wenn sie durch die üblichen Dosen von Narkoticis nicht zu beruhigen sind, und eine weitere Steigerung der Medikamentgaben in Anbetracht des Gesundheitszustandes nicht zu verantworten ist. Die Isolierung soll sofort nach eingetretener Beruhigung wieder aufgehoben werden.

Die Isolierräume, die im ganzen den anstaltsüblichen entsprechen, sollen möglichst keine scharfen Ecken und Kanten enthalten und mit festgedieltem Hartholzfußboden oder besser noch mit Linoleumbelag versehen sein. Der Ölanstrich gehe in diesen Räumen tunlichst

bis dicht unter die Decke, um die mit verspucktem Auswurf verschmierten Wände jederzeit leicht reinigen zu können. Nach jeder Benutzung ist der Isolierraum mit 5% Alkalysollösung auszuwischen und die von dem Kranken benutzte Matratze und Decke der Dampfdesinfektion zu unterziehen. Bei der erheblichen Arbeitsvermehrung, die bei dem geschilderten Verfahren jede Isolierung mit sich bringt, ist es verständlich, wenn sie nur in Ausnahmefällen zur Abwendung einer dringenden Gefahr angewandt werden wird.

Um bei Ausbruch eines Erregungszustandes die wachhabende Pflegeperson nicht unnötigerweise lange den Angriffen des erregten Kranken auszusetzen und dadurch die Gelegenheit zu einer Kontaktinfektion zu schaffen, ist es notwendig, daß in jedem Wachsaal Klingelkontakte gelegt werden, so daß die Saalwache jederzeit durch Klingelsignal Hilfe herbeirufen kann. Mißbräuchliche Benutzung dieser Klingelanlage durch Kranke ist durch die Art des Kontaktes leicht zu beseitigen, indem dessen Pole in der Länge des Hauptschlüssels voneinander entfernt werden und dann nur durch den Schlüssel leitend verbunden werden können.

Nach der kurzen Übersicht über die Einrichtung und den Betrieb der Tuberkulose-Abteilung in Irrenanstalten seien noch einige Vorschläge zum Schutze des Pflegepersonals auf diesen Abteilungen gemacht.

Zunächst sei hier nochmals die Frage der Eignung für den Pflegedienst auf der Tuberkuloseabteilung erörtert. Auf Grund der hinsichtlich dieser Frage angestellten theoretischen Erörterungen und der allerdings in wesentlichen Punkten voneinander abweichenden Lehrmeinungen der Autoren kann man vielleicht zu folgender Lösung kommen. Man berücksichtige vor der Einstellung auf der Tuberkukulose-Station den körperlichen Allgemeinzustand der einzustellenden Pflegepersonen und schalte solche mit offenbarer allgemeiner Schwäche, stärkerer Blutarmut, hochgradiger Asthenie des Brustkorbes und einer schon bei kleinen Anstrengungen insuffizienten Herztätigkeit von vornherein aus. Personen mit groben Organfehlern wird man kaum hier anzuführen brauchen, da sie schon im allgemeinen Pflegedienst nicht angestellt sein würden. Sie sind selbstverständlich für die Tuberkulosenpflege völlig untauglich.

Zu den körperlich Geschwächten sind in jedem Falle auch die Rekonvaleszenten nach Infektions- oder anderen konsumierenden Krankheiten zu rechnen.

Sodann erscheint es praktisch von Wichtigkeit, vor Beschäftigung in der Tuberkulosenpflege durch die Pirquet'sche Haut-

reaktion einen gewissen Überblick über den derzeitigen Immunitätsstand zu gewinnen. Da der negative Ausfall dieser Reaktion bei klinisch tuberkulosefreien Individuen eine fehlende Immunität, also noch nicht durchgemachte Tuberkulose-Infektion beweist, sind die negativ Reagierenden auch bei sonst guter körperlicher Eignung nicht zur Pflege Tuberkulöser zuzulassen, da sie jeder Infektion schutzlos gegenüberstehen würden. Um bei dieser Entscheidung sicher zu gehen und evtl. technische Versuchsfehler ausschalten zu können, kann in solchen Fällen die Reaktion nochmals wiederholt werden. Bei stark positivem Ausfall der Pirquet'schen Probe ist andererseits auch gewisse Vorsicht geboten und bei Fehlen von klinisch nachweisbaren Erscheinungen einer tertiären Lungentuberkulose auf sekundäre Drüsenherde in den Lymphdrüsen des Halses und Rachenringes und durch evtl. Röntgenaufnahme auf Erkrankung der Hilusdrüsen und evtl. infraklavikuläre Frühinfiltrate zu fahnden und etwaige Veränderungen an Knochen und Gelenken zu beachten. Im Falle sich für irgendeine derartige Erkrankung auch nur ein leichter Anhaltspunkt bietet, ist ebenfalls von der Beschäftigung der betreffenden Pflegeperson auf der Tuberkulosen-Abteilung Abstand zu nehmen. Bei fehlendem Nachweis sekundärer oder tertiärer tuberkulöser Erscheinungen trotz starken Pirquets ist, wenn die Pflegeperson sonst körperlich geeignet erscheint, gegen ihre versuchsweise Einstellung auf der Tuberkulosestation nichts einzuwenden. Doch ist in diesem Falle eine ganz besonders sorgfältige gesundheitliche Überwachung dieser Person notwendig.

Neben den sonstigen, später noch zu erwähnenden gesundheitlichen Kontrollmaßnahmen ist in diesem Falle noch eine evtl. mehrmalige Wiederholung der Pirquet'schen Reaktion vorzunehmen, um das Verhalten der Hautallergie gegenüber den möglichen Neuinfektionen festzustellen. Ebenso ist eine röntgenologische Nachkontrolle nach gewisser Zeit anzuraten.

Die von einigen Autoren vorgeschlagene Verwendung leicht tuberkulös erkrankten Pflegepersonals, das infolge der bestehenden erhöhten Immunität angeblich gegen Superinfektion geschützt sei, zur Tuberkulosenpflege muß für die Tuberkulose-Abteilungen der Irrenanstalten abgelehnt werden. Denn einerseits wird von der Mehrzahl der Autoren auch bei bestehender tertiärer Lungentuberkulose die Immunität nur als eine relative, beschränkte angesehen und besteht bei Frühinfiltraten nach neuerer Ansicht geradezu eine Überempfindlichkeit gegen additionelle Neuinfektionen, welche rasch eine stärkere perifokale Entzündung herbeiführen sollen. Andererseits ist die Ge-

legenheit zu massigen Superinfektionen bei der Pflege unsauberer tuberkulöser Geisteskranker viel größer als bei den hygienisch besseren Verhältnissen etwa von Lungenheilstätten, wo die Kranken durch diszipliniertes Verhalten an der Infektionsverhütung mithelfen. Auch stellt die Art des Pflegedienstes an das Irrenpflegepersonal ungleich höhere Anforderungen, denen ein durch Tuberkulose geschwächter Organismus nicht gewachsen ist, während das Pflegepersonal in Heilstätten neben dem an sich leichteren Dienste oft noch Gelegenheit hat, die vorhandenen Kurmittel mit zu benutzen.

Die Frage der Schutzimpfung der künstlichen Tuberkulose-Immunisierung erscheint noch zu sehr im Versuchsstadium begriffen, als daß daraus praktische Folgerungen für den Schutz des Pflegepersonals gezogen werden könnten.

Wie aus dem im vorangehenden Abschnitt über den Betrieb der Tuberkulosen-Abteilungen Gesagten ersichtlich ist und aus den folgenden Ausführungen über Schutzmaßnahmen für das Pflegepersonal zu folgern sein wird, ist der Personalbedarf auf der Tuberkulosen-Abteilung ein wesentlich größerer als auf anderen Abteilungen der Irrenanstalten, mit Ausnahme vielleicht von Abteilungen für Unruhige. Eine Beschränkung des Personals ist hier mit der Durchführung der notwendigen Schutzmaßregeln unvereinbar. Wenn auf irgendeiner Station, so muß auf der Tuberkulosestation das Personal vor Überanstrengung und Ermattung geschützt werden, da diese Faktoren durch Schwächung der Immunität eine Erkrankungsbereitschaft setzen.

Um die Vorbeugungsmaßnahmen wirksam durchführen zu können, erscheint die bisher (nach der Verordnung der Reichsregierung vom 13. 2. 1924) festgesetzte Arbeitszeit von 60 Stunden pro Woche für das mit Tuberkulosenpflege beschäftigte Pflegepersonal als zu hoch. Den Pflegepersonen bleibt bei täglich zehnstündiger Dienstausübung in einer für sie gefährlichen Umgebung nicht die nötige Zeit für Körperpflege und Erholung. Eine achtstündige tägliche, mithin 48stündige wöchentliche Arbeitszeit erscheint wünschenswert. Der Vorwurf einer Bevorzugung des Tuberkulosepersonals würde von der zu zehnstündiger täglicher Arbeit verpflichteten Mehrheit des Krankenpflegepersonals annehmbar nicht erhoben werden, da bei der überwiegenden Mehrzahl der Pflegepersonen das nötige Verständnis für die besonderen Schwierigkeiten und Gefahren der Tuberkulosenpflege zu erwarten ist. Es würde bei einer solchen Herabsetzung der Arbeitszeit natürlich darauf zu achten sein, daß das davon

betroffene Pflegepersonal die gewonnene Freizeit auch in sinngemäßer Weise verwendet.

Nach Möglichkeit sollte immer einem Teile des Tuberkulosen-Pflegepersonals eine mehrstündige Mittagsruhe gewährt werden, während der es Gelegenheit hat, auf Spaziergängen oder besser noch im Personalgarten liegend frische Luft zu schöpfen.

Die Tagesdiensteinteilung müßte dann evtl. so geregelt werden, daß die eine Hälfte des Personals durchgehenden Dienst von 7 Uhr früh bis 3 Uhr nachmittags verrichtet und die andere Hälfte von 7—11 und 3—7 Uhr Dienst in 2 Abschnitten. Auf diese Weise wäre in den Hauptarbeitsstunden am Vormittag stets ausreichend Personal für den Reinigungsdienst vorhanden. Die Sputum- und Wäschedesinfektion könnte so ohne jede Störung des Krankenbetriebes vorgenommen werden. Ferner hätte durch diese Einteilung stets die Hälfte des Personals die Möglichkeit ausgiebiger Mittagsruhe in den Stunden von 11—3 Uhr. Der Dienstplan würde am besten immer für je eine Woche aufgestellt, um allen Pflegepersonen im gleichen Wechsel die Mittagsfreizeit zu gewähren. Im Gegensatz zu der veränderten Einteilung des Tagesdienstes erscheint es ratsam, die bisherige Art des Nachtdienstes beizubehalten, nämlich die 12 stündige Wachzeit, von abends 7 Uhr bis früh 7 Uhr für die Dauer einer Woche. Ein täglicher Wechsel des Nachtwachdienstes ist nicht zu empfehlen, weil dadurch eine gewisse Unruhe in den Stationsbetrieb hineingebracht würde und das Wachpersonal bei täglichem Wechsel sich möglicherweise weniger verantwortlich fühlen würde, als wenn es den Nachtdienst mehrere Nächte hindurch zu leisten hat. Natürlich muß das Wachpersonal nach Beendigung der Nachtwachzeit für die geleistete Mehrarbeit durch Gewährung von freien Tagen entschädigt werden. Ob diese Entschädigung freilich unter voller Berücksichtigung des Achtstunden-Tages erfolgen darf, erscheint zweifelhaft, da dies doch von dem anderen Pflegepersonal als eine gewisse, weniger berechtigte Bevorzugung aufgefaßt werden könnte. Die Herabsetzung des Tagesdienstes auf acht Stunden würde ja schon ein großes Entgegenkommen im Interesse der gesundheitlichen Verhältnisse des Personals bedeuten, sodaß dieses in bezug auf den Nachtwachdienst unbedenklich dem übrigen Personal gleichgestellt werden könnte. Um auch nachts das Pflegepersonal möglichst vor zu enger Berührung mit den Kranken zu schützen, wie dies beim Festhalten eines Erregten und ähnlichen Vorkommnissen geschehen könnte, ist für das Tuberkulose-Haus die Einrichtung einer besonderen Wandel-Wache außer den voll besetzten Saalwachen zu empfehlen. Diese Wandelwache könnte von

jedem Wachsaal aus mittels der im vorigen Abschnitt beschriebenen Alarmklingel sofort herangerufen werden.

Eine weitere Notwendigkeit für das Tuberkulosenpflegepersonal ist die Gewährung eines ausreichenden Jahresurlaubs. Auf diesen Punkt wie auch auf die soeben besprochene Frage der Gewährung von Freizeit ist auch in den reichs- und landesmedizinalgesetzlichen Bestimmungen großer Wert gelegt worden. Wenn in der Verordnung des Sächs. Ministeriums des Innern vom 21. 6. 1921 ein jährlicher Mindesturlaub von vier Wochen für das Tuberkulose-Pflegepersonal verlangt wird, so ist dem nur zuzustimmen und nur zu bemerken, daß diese Urlaubsgewährung allen im Tuberkulosedienst beschäftigten Pflegern, Schwestern und Wärterinnen zuteil werden muß.

Über die wichtige Frage der zweckmäßigen Unterbringung der Pflegepersonen ist im vorigen Abschnitt bereits berichtet. Es sei daher nur nochmals darauf hingewiesen, daß als Wohn- und Schlafräume für das Pflegepersonal nur gut belichtete, genügend durchlüftete, trockene Räume gewählt werden dürfen, da von der Unterkunftsfrage zum wesentlichen Teil die Gesunderhaltung der Pflegepersonen abhängt. Besonders ist darauf zu achten, daß das Nachtwachpersonal in seiner Tagesruhe nicht gestört wird. Es ist daher nach Möglichkeit anzustreben, jeder weiblichen Pflegeperson ein Einzelzimmer zu geben, da bei gemeinschaftlichem Wohnen Störungen nicht zu vermeiden sind. Die männlichen Pflegepersonen sind ja größtenteils verheiratet und wohnen nicht in den Krankengebäuden.

Von größter Wichtigkeit für das auf Tuberkulose-Abteilungen beschäftigte Personal ist ferner die Gewährung einer ausreichenden Beköstigung.

Im allgemeinen ist die an den Sächsischen Landesanstalten gewährte Beköstigung des Personals aus der oberen Kostklasse mit einem nach dem Wochendurchschnitt berechneten täglichen Kalorienwert von etwa 3100 Kalorien als ausreichend zu erachten. Für solche Personen aber, die bei angestrengter körperlicher und geistiger Betätigung noch einen dauernden biologischen Abwehrkampf gegen Tuberkelbazillen und deren Toxine führen müssen, ist eine gewisse Überernährung notwendig, damit sie etwaigem toxisch bedingtem Eiweißabbau eine vermehrte Eiweißzufuhr entgegensetzen können. Außerdem ist es ratsam, durch Fettzulagen auf eine leichte Gewichtsteigerung hinzuarbeiten. Auf der Tuberkulose-Abteilung der Landesanstalt Hubertusburg, auf der nur weibliche Pflegekräfte beschäftigt werden, erhalten diese täglich ½ l Milch und wöchentlich ¼ Pfd. Butter als

Kostzulage. Mit der täglichen Milchzulage bekommen die Pflegepersonen 17 g zu 90% verwertbares Eiweiß und in der Milch- und täglichen Butterzulage von 17,5 g zusammen eine um etwa 465 Kalorien vermehrte Tageskost. Diese Maßnahme hat sich bisher bewährt und kann als zweckentsprechend angesehen werden. Dem verheirateten männlichen Pflegerpersonal müßte während der Dienstzeit auf einer Tuberkulose-Station der Wert der dem weiblichen Personal gewährten Kostzulagen durch eine entsprechende Geldentschädigung ersetzt werden. Dem Nachtwachpersonal auf Tuberkulose-Abteilungen ist in Anbetracht der mit der verantwortungsvollen Dienstleistung noch verbundenen besonderen Gefährdung ebenfalls eine möglichst reichliche Kost und nachts durch Ablösung seitens der Wandelwache genügend Zeit zur Einnahme des Essens zu geben. Auch am Tage muß dem Nachtwachpersonal Milch, Brot und Brotaufstrich in ausreichender Menge zur Verfügung stehen. Das Körpergewicht des auf Tuberkulose-Abteilungen beschäftigten Pflegepersonals ist monatlich zwei- oder mindestens einmal zu kontrollieren. Jede Gewichtsabnahme ist sorgfältig zu beachten. Bei festgestellter Gewichtsabnahme ist die Wägung der betreffenden Person wöchentlich zu wiederholen und im Falle weiterer Gewichtsabnahme ist auf sofortige ärztliche Untersuchung zu dringen. Bei dem geringsten Verdacht einer tuberkulösen Erkrankung ist auch eine genaue Temperaturkontrolle anzuordnen, besonders ist auch die Körpertemperatur nach leichter Anstrengung, etwa einstündigem Spaziergang, zu messen, und mit den in Körperruhe gemessenen Temperaturen zu vergleichen. Eine dabei auffallende Steigerung der sonst normalen Temperatur ist als wichtiges Verdachtsmoment bestehender Tuberkulose anzusehen. Eine weitere Klärung, ob Verdacht tuberkulöser Erkrankung gerechtfertigt ist, muß der ärztlichen Untersuchung überlassen bleiben, wobei neben der Erhebung des physikalischen Befundes stets eine Röntgenkontrolle stattfinden sollte, um etwaige bei der physikalischen Untersuchung schwer nachweisbare Frühinfiltrate im Mittel- oder Oberlappen nicht zu übersehen. Finden sich dabei wenn auch geringfügigste Veränderungen an den Lungen oder ein tuberkuloseverdächtiges Röntgenbild, so ist die tuberkuloseverdächtige Pflegeperson sofort vom Dienst zurückzustellen und erst bei Wiederherstellung der vollen Dienstfähigkeit wieder in den Dienst zu lassen. Auch ohne auftretende Erkrankungszeichen sollte das Tuberkulosepflegepersonal in etwa dreimonatigen Abständen einer ärztlichen Untersuchung unterzogen werden, um das irgendmögliche zur rechtzeitigen Tuberkulose-Diagnose zu tun. Das Personal sollte ferner häufig dazu ermahnt werden,

alle gesundheitlichen Beschwerden nicht zu verheimlichen, sondern baldmöglichst einem Arzt zu berichten. Die Dauer der Pflegetätigkeit auf der Tuberkulose-Abteilung ist den bisherigen Gepflogenheiten entsprechend auf ½ Jahr zu bemessen, bei den Stationspflegern und Stationsschwestern sowie deren Stellvertretern kann im Interesse der Stetigkeit des Dienstes diese Zeit, wenn keine gesundheitlichen Bedenken dagegen bestehen, auf die Höchstdauer von einem Jahr verlängert werden. Das dauernde Verbleiben derselben Pflegepersonen auf der Tuberkulose-Abteilung, wie es z. B. von Bedburg-Hau berichtet wird, erscheint angesichts der erheblichen Infektionsgefährdung nicht ratsam.

Während des Dienstes auf der Abteilung ist für das Personal genügend Schutzkleidung bereit zu stellen. Als geeignete Schutzmäntel sind die vom Gutachter-Ausschuß 1926 vorgeschlagenen, aus weißem Baumwoll- oder Halbleinenstoff für die Schwestern und Wärterinnen, und aus weißgetöntem Köper oder Drell für die Pfleger zu empfehlen. Die Schutzmäntel müssen, um ihren Zweck zu erfüllen, hinten zu schließen sein. Sie sind bei jeder gröberen Verunreinigung durch infektiöse Entleerungen der Kranken zu wechseln und müssen daher in genügender Zahl mindestens 4—5 pro Pflegeperson vorhanden sein, da immer einige Mäntel in der Wäsche sein werden. Auf Abteilungen, die mit schwerkranken oder besonders unruhigen und unsauberen tuberkulösen Geisteskranken belegt sind, empfiehlt sich für das weibliche Personal das Tragen einer die Kopfbehaarung völlig bedeckenden Schutzhaube aus weißem Leinen- oder Mouselinstoff. Die bei den Schwesternverbänden üblichen Hauben reichen für diesen Zweck nicht aus, da sie meist nur die Mitte des Kopfes bedecken. Die Schutzhauben müßten dann entweder von den Schwestern über der Schwesternhaube getragen werden, wie dies vielfach beim Dienst in Operationssälen geschieht, oder sie müßten in einer der in manchen Säuglingskliniken eingeführten ähnlichen Form während der Dienststunden auf der unsauberen Abteilung statt der sonstigen Schwesternhaube getragen werden. Etwaige traditionelle Vorurteile dürften angesichts der Wichtigkeit der geringfügigen Änderung im gesundheitlichen Interesse kaum eingewandt werden. Die Schutzhauben müßten für Schwestern wie Wärterinnen in derselben Menge vorhanden sein wie die Schutzmäntel. In den Fällen endlich, wo ein erregter Kranker in seiner aggressiven Einstellung gegen das Pflegepersonal diesem in das Gesicht zu spucken versucht, wie dies öfter beobachtet worden ist, ist dringend zum Tragen einer Gesichtsschutzmaske zu raten. Besonders geeignet für solchen Zweck scheint der von Hart-

mann konstruierte Drahtrahmen mit auswechselbarer Papiereinlage zu sein, der von einem Gummiband gehalten, Mund- und Nasenöffnung verdeckt. Ein derartiger Gesichtsschutz wäre wegen der immerhin damit verbundenen Unbequemlichkeit stets nur für kurze Zeit, etwa bis zur Beruhigung des erregten, durch sein Spucken gefährlichen Kranken anzulegen.

Als wichtigste allgemeine Verhaltungsmaßregel muß dem Personal immer wieder angeraten werden, nach Möglichkeit stets einen gewissen Abstand von den Kranken zu halten, besonders von den hustenden und spuckenden Kranken. Wenn der Patient mit Husten beginnt, während das Pflegepersonal mit seiner Bettung oder anderen Pflegemaßnahmen beschäftigt ist, wobei ein Verlassen des Kranken nicht angängig ist, sollte das von den Hustentröpfchen betroffene Personal wenigstens den Kopf so wenden, daß die Tröpfchen nicht gerade das Gesicht treffen.

Ferner soll das Personal angehalten werden, sich nach solchen oft unvermeidlichen Berührungen mit Infektionsmaterial sofort zu waschen. Da ein Verlassen des Wachsaales zu diesem Zwecke oft nicht sogleich möglich sein wird, muß im Wachsaal selbst eine Waschgelegenheit für das Personal vorhanden sein. Diese müßte nach Möglichkeit mit fließendem Wasser versehen sein und ließe sich in den meisten Wachsälen einrichten. Um den Kranken die Möglichkeit zu nehmen, diese Waschanlagen zu verschmutzen, könnten dieselben zweckmäßigerweise in die Wand in Form von Wandschränken eingebaut werden. Sie könnten somit nur von dem im Besitz des dazugehörigen Schlüssels befindlichen Wachpersonal benutzt werden.

Da sich die im Saale notwendige Reinigung nicht nur auf Händewaschen beschränken, sondern auch auf gelegentliches Abspülen des Gesichts erstrecken würde, wäre jeder im Saaldienst beschäftigten Pflegeperson ein eigenes Handtuch zur Verfügung zu stellen, das dieselbe bei Antritt des Wachdienstes mitbringen und während der Dienststunden in den Wandschrank einschließen müßte, um es nach Beendigung des Tages- oder Nachtdienstes wieder mitzunehmen. Das Aufbewahren von Desinfektionslösungen im Wachsaal erscheint zu bedenklich, auch wenn sie mit in den Waschschränken aufbewahrt würden. Durch einen unglücklichen Zufall könnte doch mal ein Kranker an diese Lösung herankommen und sich durch deren mißbräuchliche Benutzung schweren gesundheitlichen Schaden zufügen.

Im allgemeinen wird die mit den Kranken in Berührung gekommene Pflegeperson zunächst mit einer Waschung mit Wasser und Seife auskommen, bis eine andere Pflegeperson zu ihrer Vertretung für die

Zeit der gründlichen Waschung und Desinfektion herbeikommt. In dringenden Fällen grober Beschmutzung ist ihr außerdem die Möglichkeit gegeben mittels der schon mehrfach erwähnten Alarmklingel sofortige Hilfe zu ihrer Vertretung herbeizurufen.

Diese Waschvorschriften sind vom Tages- und Nachtpflegepersonal in gleicher Weise zu berücksichtigen.

Als Desinfektionsmittel für die Händedesinfektion haben 2% Chloraminlösung, 1‰ Sublimatlösung oder wenn beides nicht vertragen wird, Lysollösung, Chinosol- oder Sublaminlösung zu gelten. Zur Gesichtsreinigung nach Anspucken oder anderer Beschmutzung ist besser von den genannten Mitteln Abstand zu nehmen und nach sorgfältiger Waschung mit Wasser und Seife ein Abtupfen der beschmutzt gewesenen Stellen mit 70% Alkohol anzuraten.

Über die sonstigen Desinfektionsmaßnahmen muß das Pflegepersonal häufig und eingehend belehrt werden.

Die für Tuberkulose wichtigsten Desinfektionsvorschriften sind am besten als Sonderdruck auf Kartons zu kleben und in den Personaldiensträumen zum Aushang zu bringen.

Wenn von verschiedenen Autoren für das gesamte Pflegepersonal auf Tuberkulose-Abteilungen spezialistische Ausbildung im Desinfektionswesen durch Besuch einer staatlichen Desinfektorenschule verlangt wird, so scheint diese Forderung praktisch kaum durchführbar.

Es ist dagegen empfehlenswert, daß immer der jeweilige erste Stationspfleger des Tuberkulosehauses bzw. die Stationsschwester und deren Stellvertreter die genannte Desinfektorenschule besucht haben müssen, um so auf Grund ihrer Kenntnisse im Desinfektionswesen das ihnen unterstellte Personal bei Beachtung der Desinfektionsvorschriften und Ausführung der Desinfektionsmaßnahmen besser anleiten und beaufsichtigen zu können. Auch sollen diese besonders vorgebildeten Pflegepersonen die Bedienung etwaiger im Tuberkulosehause vorhandenen Sputumdesinfektionsapparate und Wäschesterilisatoren übernehmen.

Wärterinnen und im allgemeinen Krankenpflegedienst noch wenig erfahrene Schwestern und Pfleger sind unter keinen Umständen mit der Ausführung desinfektorischer Maßnahmen zu betrauen.

Nach Beendigung des Tagesdienstes bzw. der Nachtwache hat das Personal in dem (im vorigen Abschnitt erwähnten) dafür bestimmten Dienstraum, der als eine Art von Schleuse zur Außenwelt angesehen werden kann, die Schutzmäntel aufzuhängen, evtl. die Schuhe zu wechseln und eine sorgfältige Reinigung der Hände mit

warmem, fließendem Wasser, Seife und Bürste und nachfolgender Desinfektion vorzunehmen. Wenn dies nötig erscheint, ist dabei auch das Gesicht gründlich zu reinigen. Erst nachdem es sich dieser Reinigung unterzogen hat, darf das Personal seine Eß- und Schlafräume betreten.

In Fällen besonders grober Beschmutzung muß im Personalbade jederzeit die Möglichkeit, ein warmes Reinigungsbad zu nehmen, vorhanden sein.

Neben der genauesten Beachtung aller angegebenen Schutzvorschriften hat das Pflegepersonal einer Tuberkulose-Abteilung sich auch in der dienstfreien Zeit einer möglichst gesundheitsgemäßen Lebensführung zu befleißigen. Es hat nach Möglichkeit alle ausschweifenden Vergnügungen, die ihm die Nachtruhe rauben, zu meiden.

Ein nicht ausgeruhter, erschlaffter Organismus wird gegen eine exogene Infektion viel weniger widerstandsfähig sein, wie ein durch ausreichende Nachtruhe gestärkter.

Ebenso ist das Tuberkulosepersonal eindringlich vor Alkohol- und Nikotinmißbrauch zu warnen, weil auch dadurch die natürliche Schutzkraft erheblich geschwächt wird.

Das Pflegepersonal sollte vielmehr in der freien Zeit alles tun, was zur Hebung des körperlichen und geistigen Wohlbefindens führt. Dazu gehört u. a. die gemeinsame Betätigung bei Turnen, Turnspielen, Leichtathletik, also Pflege der Leibesübungen unter Vermeidung rein sportlicher Überanstrengung. Für alle leidlich abgehärteten Personen ist der Besuch von Freibädern in Flüssen und Teichen ein gutes Mittel körperlicher Kräftigung, zumal mit dem Baden im Freien meist auch Sonnenbäder verbunden sind. Für den täglichen Gebrauch sind kalte Waschungen und regelmäßige Frei- und Atemübungen zu empfehlen. Gerade letztere sind als wirksames Vorbeugungsmittel gegen Tuberkulose-Infektion zu betrachten, da sie eine vermehrte Durchblutung des Lungengewebes und eine Vergrößerung des Atemvolumens herbeizuführen imstande sind. Da bei ihrer Ausführung verschiedene technische Regeln zu beachten sind, und es im Falle unrichtiger Ausführung evtl. zu einer körperlichen Schädigung im Sinne einer Emphysembegünstigung kommen kann, erscheint eine zeitweilige Belehrung des Pflegepersonals über die Bedeutung und Ausführung der Atemübungen anzuraten.

Auch von der heute in allen Volkskreisen beliebten Wandersportbewegung ist ein guter Einfluß auf das Pflegepersonal zu erhoffen, der im Interesse von dessen Gesunderhaltung nur zu begrüßen ist.

Zusammenfassend ist am Schluß dieser Ausführungen noch-

mals zu sagen, daß die Schutzmaßnahmen für das Pflegepersonal gegen die Ansteckung vonseiten lungentuberkulöser Geisteskranken zwar niemals jede Ansteckungsmöglichkeit ausschließen werden, aber doch eine wesentliche Gefahrenminderung bewirken, wenn sie sich stützen auf die drei Gesichtspunkte:

1. die möglichst frühzeitige Erkennung und Isolierung der an Tuberkulose Erkrankten;

2. die hygienisch einwandfreie Einrichtung des für die Aufnahme der Tuberkulösen und des Pflegepersonals bestimmten Gebäudes;

3. die auf dem Prinzip der Infektionsverhütung aufgebaute Regelung des Krankenpflegebetriebes, die vom Pflegepersonal verantwortungsvolle Mitarbeit und sorgfältige Beachtung der gegebenen Vorschriften fordert.

Literaturnachweis.

1. *Barth*, Tuberkulose — Erkennung bei Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 75, 1919.
2. *Beschorner*, Wichtigkeit von Turnen, Sport und Atemübungen bei Bekämpfung der Tuberkulose. Blätter für Wohlfahrtspflege 1925.
3. *Braeuning*, Tuberkulose-Erkrankungen der Schwestern infolge Ansteckung im Dienst und ihre Verhütung. Zeitschr. f. Tuberkulose Bd. 33, 1921.
4. *Derselbe*, Über die Abgrenzung der ansteckungsfähigen Tuberkulösen gegen die nichtansteckungsfähigen. Zeitschr. f. Hygiene u. Infekt.-Krankh. Bd. 100.
5. *Derselbe*, Beitrag zur Frage der exogenen Reinfektion bei Tuberkulose. Beitr. z. Klinik der Tuberkulose Bd. 55, 1923.
6. *Derselbe*, Einige Fälle von Erkrankung an Tuberkulose infolge Dienstbeschädigung bei der Behandlung und Pflege Tuberkulöser. Zeitschr. f. Tuberkulose Bd. 43, 1925.
7. *Clemens*, Prophylaxe und Desinfektionsmaßnahmen in Brauers Handbuch der Tuberkulose Bd. I, 1923.
8. *Deiters*, Bericht über die Fortschritte des Irrenwesens. Psych. Neurol. Wochenschr. 1904.
9. *Fuchs*, Die neueren Erkenntnisse in der Tuberkulose-Frage und ihre Folgerungen für unsere Heil- und Pflegeanstalten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 88, 1928.
10. *Geist*, Tuberkulose und Irrenanstalten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 61, 1904.
11. *Grass*, Sind offene und geschlossene Tuberkulöse in der Heilstätte zu trennen? Vortrag auf Tagung der Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte 1924. Beitr. z. Klinik der Tuberkulose Bd. 59, 1924.
12. *Guth*, Zur klinischen Wertung der Komplementbindungsreaktion n. *Besredka*. Zeitschr. f. Tuberkulose Bd. 43, 1925.
13. *v. Hayek*, Das Tuberkulose-Problem. Berlin 1920.

14. *Hartmann*, Drahtrahmen mit Papiereinlage zum Schutze gegen Tröpfchen-Infektion. Deutsche Med. Wochenschr. 1925, Nr. 4.
15. *Hippe*, Die Serodiagnostik der Tuberkulose. Zeitschr. f. Tuberkulose Bd. 44, 1926.
16. *Hollo*, Die Immunitätslehre der Tuberkulose. Zeitschr. f. Tuberkulose Bd. 45, 1926.
17. *v. Hugo*, Gesichtspunkte für den Neubau von Irrenanstalten. Zeitschr. f. Krankenanstalten 1925.
18. *Ichok*, Die Komplement-Bindungsreaktion bei Tuberkulose. Zeitschr. f. Tuberkulose Bd. 37.
19. *Kauert*, Die Entwicklung der Tuberkulose im Lichte der neueren Forschung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung Jahrg. 24, 1927.
20. *Kirchner*, Tuberkulose-Erkrankungen und -Todesfälle bei Ärzten und Pflegepersonal. Zeitschr. f. Tuberkulose Bd. 43, 1925.
21. *Köster*, Versuche der Sanierung der Irrenanstalten bezüglich der Tuberkulose. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 77, 1921.
22. *Lang*, Beitrag zum Problem des Tuberkulosen-Krankenhauses. Zeitschr. f. das gesamte Krankenhauswesen 1926.
23. *Löw*, Richtlinien zur Bekämpfung der Tuberkulose in der Irrenanstalt. Psych. Neurolog. Wochenschr. 1922/23.
24. *Mercklin*, Zur Prophylaxe der Tuberkulose in Irrenanstalten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 52, 1896.
25. *Mohr*, Infektionskrankheiten in Anstalten für Geisteskranke. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 66, 1909.
26. *Mücke*, Die Tuberkulose des Pflegepersonals. Beitr. z. Klinik der Tuberkulose Bd. 64.
27. *Otfr. Müller*, Zur Frage der additionellen Tuberkulose-Infektionen im Alter des Erwachsenen. Therapie der Gegenwart 1921.
28. *Nötel*, Prophylaxe der Tuberkulose in Irrenanstalten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 48, 1891.
29. *Osswald*, Die Tuberkulose in Irrenanstalten und ihre Bekämpfung. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 59, 1902.
30. *Pinner*, Komplementbindung bei Tuberkulose. Zeitschr. f. Tuberkulose Bd. 44, 1926.
31. *Rickmann*, Die Ansteckungsgefahr für das Krankenpflegepersonal bei der Pflege Lungentuberkulöser und deren Verhütung. Zeitschr. f. Krankenpflege 44. Jg., 1922.
32. *v. Romberg*, Über die Entwicklung der Lungentuberkulose. Berlin. J. Springer. 1928.
33. *Selter*, Die Tuberkulose-Immunität auf Grund der heutigen Kenntnisse. Beiträge z. Klinik der Tuberkulose Bd. 55.
34. *Derselbe*, Die Bedeutung des Tuberkulins für die Therapie und Diagnose der Tuberkulose. Münch. med. Wochenschr. 1927 Nr. 15.
35. *Sighart*, Der Röntgenapparat in den Heil- und Pflegeanstalten. Psych. Neurol. Wochenschr. 1917/18.
36. *Snell*, Die Lungenschwindsucht bei Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 44, 1888.
37. *Starlinger*, Irrenpflege und Tuberkulose. Psychiatr. Wochenschr. 1901.
38. *Weber*, Tuberkulose und hygienische Volksbelehrung. Blätter für Wohlfahrtspflege 1926, Nr. 4.

Die Paralyse in neuerer Zeit.

Von

Dr. med. Heinrich Dübel, Arzt an der Heil- und Pflegeanstalt Tannenhof b. Lüttringhausen, Rhld.

Die vorliegende Arbeit stellt die Fortsetzung von Untersuchungen dar, die ich 1916 veröffentlichte [1]); sie hatten die Paralyse-Verhältnisse in Tannenhof in der Zeit von 1897 bis 1914 zum Gegenstand, während die jetzige Arbeit die Zeit von 1915—1927 behandelt. Einer besonderen Begründung bedürfen solche Untersuchungen wohl nicht, wo der Wandel im Auftreten und Verlauf und die Aetiologie der Paralyse immer noch Fragen stellen, die der Lösung harren. Namentlich seit den bedeutsamen Feststellungen *Kolbs* [2]) scheint eine neue Phase in der Paralyse-Forschung zu beginnen, die auch der manchmal etwas skeptisch betrachteten statistischen Untersuchungsmethode wieder wichtige Aufgaben zuweist. Ob man freilich den von *Kolb* ausgegenommenen kulturellen Faktor Y bei der Aetiologie der Paralyse durch statistische Untersuchungen in den alten Kulturgebieten Deutschlands näher kommen wird, scheint mir zweifelhaft, es sei denn, daß auch negative Ergebnisse für den überschauenden Forscher von Wert sein können. Ferner dürfte es nicht überall möglich sein, den Forderungen *Kolbs* in jeder Hinsicht zu genügen. Z. B. hatte es für Tannenhof keinen Zweck, die Bevölkerungsziffer der Paralytikerfrequenz in der Anstalt gegenüberzustellen, da das Material der hiesigen Anstalt nicht aus einem bestimmten abgegrenzten Bezirk stammt, sondern bei dem privaten Charakter der Anstalt aus verschiedenen Bezirken hereinströmt, wenn daran auch vorwiegend die nächstgelegenen rhein.-

---

[1]) *Dübel*, Zu den Änderungen im Auftreten und Verlauf der allgem. progr. Paralyse während der letzten Jahrzehnte. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1916, Heft 5/6.

[2]) *Kolb*, Eine vergleichende internationale Paralysestatistik. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psych. 1925, Bd. 96.

westfälischen Gebiete beteiligt sind. Die Ergebnisse haben also gewissermaßen nur den Wert einer Stichprobe; trotzdem scheinen sie mir nicht wertlos zu sein; jedenfalls wichen s. Zt. meine Ergebnisse nicht wesentlich von den sonst in der hiesigen Gegend gefundenen Resultaten ab. — Im einzelnen war mir mein Verfahren bei den Untersuchungen schon durch meine frühere Arbeit vorgeschrieben, andernfalls hätte ich ja keine Vergleichsmöglichkeit gehabt. Besondere Fehler sind den gewählten Methoden, glaube ich, auch kaum vorzuwerfen. Auch die Zusammenfassung und Gegenüberstellung einzelner Jahresgruppen, die *Wiedeburg* [1]) z. B. bei mir und anderen Autoren bemängelt hat, kann mir nicht fehlerhaft erscheinen; ich glaube im Gegensatz zu *Wiedeburg*, daß dadurch nicht die Fehlerquellen vermehrt, sondern im Gegenteil in ihrem Einfluß geschwächt werden, da durch die Errechnung des Durchschnittes größerer Zeiträume ein Ausgleich in den Pendelschwingungen des Zufalls geschaffen wird. Selbstverständlich habe ich nur die Erstaufnahmen, sowohl bei den Gesamtaufnahmen, als auch bei den Paralytikern (nach Ausscheidung der unsicheren Fälle) berücksichtigt. Im übrigen verweise ich auf die einzelnen Abschnitte der folgenden Darlegungen, sowie auf meine frühere Arbeit.

Folgende Fragen habe ich behandelt:

I. Die Häufigkeit der Paralyse.
II. Die Berufs- und Standesverhältnisse.
III. Familienstand.
IV. Lebensalter.
V. Inkubationszeit.
VI. Verlaufsformen.
VII. Krankheitsdauer.
VIII. Anfälle und Remissionen.

I.

Bezüglich der Häufigkeit der Paralyse ergaben sich seit 1897 bis 1927 folgende Resultate:

---

[1]) *Wiedeburg*, Zur Ausbreitung d. Paralyse in Deutschland. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1928, Heft 4—7.

Tabelle I.

Jahre	Gesamtaufnahmen			Paralysen			%	%	%
	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.	M.	Fr.	tot.
1897	73	48	121	13	3	16	17,81	6,25	13,22
1898	50	54	104	11	2	13	22,00	3,70	12,50
1899	39	57	96	12	1	13	30,77	1,75	13,54
1900	58	66	124	16	2	18	27,59	3,03	14,52
1901	51	57	108	8	3	11	15,69	5,26	10,19
1902	67	65	132	14	1	15	20,90	1,54	11,36
1903	69	76	145	14	3	17	20,29	3,95	11,72
1904	73	102	175	19	4	23	26,03	3,92	13,14
1905	87	85	172	18	2	20	20,69	2,35	11,63
1906	69	103	172	14	4	18	20,29	3,88	10,47
1907	72	93	165	13	1	14	18,06	1,08	8,48
1908	115	76	191	24	1	25	20,87	1,32	13,09
1909	80	75	155	12	1	13	15,00	1,33	8,39
1910	74	64	138	14	—	14	18,92	—	10,14
1911	90	61	151	20	2	22	22,22	3,28	14,57
1912	78	54	132	13	3	16	16,67	5,56	12,12
1913	93	51	144	16	1	17	17,20	1,96	11,81
1914	77	56	133	16	—	16	20,78	—	12,03
Summa	1315	1243	2558	267	34	301	20,30	2,74	11,77
1915	71	58	129	14	2	16	19,72	3,45	12,42
1916	76	126	202	13	—	13	17,11	—	6,44
1917	83	156	239	20	5	25	24,10	3,21	10,46
1918	71	140	211	8	2	10	11,27	1,43	4,74
1919	126	186	322	21	2	23	16,67	1,08	7,14
1920	140	235	375	27	12	39	19,29	5,11	10,40
1921	136	174	310	24	12	36	17,65	6,99	11,61
1922	110	149	259	16	3	19	14,55	2,01	7,34
1923	82	108	190	14	2	16	17,07	1,85	8,53
1924	146	160	306	15	5	20	10,27	3,13	6,54
1925	136	103	239	13	3	16	9,56	2,91	6,69
1926	114	85	199	10	3	13	8,77	3,53	6,53
1927	78	94	172	3	4	7	3,85	4,26	4,07
Summa:	1369	1774	3143	198	55	253	14,46	3,10	8,05
Gesamtresultat:	2684	3017	5701	465	89	554	17,32	2,95	9,72

Wie ersichtlich, ist bei den männlichen Paralytikern ein auffälliges Emporschnellen der Ziffer im Kriegsjahre 1917 und ein starker fortschreitender Rückgang in den letzten vier Jahren zu bemerken. Der Anstieg in den letzten Kriegsjahren ist auch von anderer Seite,

z. B. *Albrecht* [1]), *Jahrreiß* [2]) beobachtet worden. Man hat den Krieg damit in Zusammenhang gebracht. Das liegt nahe, aber es dürfte schwer zu entscheiden sein, ob es sich nicht lediglich um äußere Ursachen handelt oder solche, die mit der Krankheit selbst zusammenhängen, wie eine Herabsetzung der Widerstandskraft gegen Paralyse, verursacht durch Entbehrungen, Aufregungen und Strapazen des Krieges. Sollte dies der Fall sein, so müßte das eigentlich auch in einer verkürzten Inkubationszeit und damit zusammenhängend in einer Herabsetzung des Erkrankungsalters zum Ausdruck kommen. Ich konnte feststellen, daß sich das Kriegsjahr 1917 in dieser Hinsicht in Tannenhof keineswegs von den übrigen Jahren unterscheidet. Zudem ist der Einfluß körperlicher und seelischer Strapazen selbst stärkster Art auf Häufigkeit, Inkubationszeit und Verlauf der Paralyse gerade durch die Erfahrungen des Krieges nicht bestätigt worden, wie *Bumke* in seinem Lehrbuch von 1924 feststellt. Gegen die Annahme solcher allgemeingültiger innerer Ursachen spricht auch, daß eine Anzahl anderer Autoren keine Zunahme der Paralysezahlen, sondern gerade eine Abnahme während des Krieges konstatiert haben. (Die als Grund dafür angeführte Dezimierung der Altersklassen zwischen 20 und 45 Jahren im Kriege scheint mir allerdings ebenfalls anfechtbar, da die in Frage kommenden Altersklassen auch das Hauptkontingent für andere Geistesstörungen, z. B. die Dementia praecox stellen, deren Träger doch einen großen Teil der Anstaltsbelegungen ausmachen. Ebenso sprechen auch hier die entgegengesetzten Resultate an verschiedenen Anstalten gegen eine solche Annahme.) *Jahrreiß*, der in Leipzig einen auffallenden Anstieg der Paralysen von 1916—1918 beobachtete, erwägt nun, ob eine im Anfang unzweckmäßige Salvarsanbehandlung damit in Verbindung stehen könnte. *Albrecht* lehnt eine solche Ursache für Ueckermünde ab, und auch ich kann für Tannenhof an einen solchen Zusammenhang nicht glauben, da sich eine solche Auswirkung wohl schwerlich gerade auf ein bestimmtes Jahr konzentrieren würde. Auch andere in Betracht gezogene Ursachen wie der Wegfall alkoholischer Geistesstörungen in den Kriegsjahren und die Zurückhaltung psychogen Erkrankter in den Militärlazaretten kommen für die hiesige Anstalt nicht in Frage, da nicht nur die Paralyseziffern, sondern auch die Zahl der Gesamtaufnahmen gegenüber den vorhergehenden Jahren gestiegen ist.

---

[1]) *Albrecht*, Paralysefragen, Allg. Zeitschr. f. Psych. 1926, Heft 3/4.

[2]) *Jahrreiß*: Die Paralysebewegung in Leipzig 1905/22. Zeitschr. f. d. ges. Neurolog. u. Psych. Bd. 89, 1924 (cit. bei *Albrecht*).

Alkoholiker haben überdies von jeher in Tannenhof zahlenmäßig an den Gesamtaufnahmen einen sehr geringen Anteil gehabt. Z. B. im Jahre 1917 waren nur 6 Alkoholiker unter den hiesigen Pfleglingen [1]). Am wahrscheinlichsten ist mir, daß irgendeine äußere, vielleicht durch die Kriegsverhältnisse bedingte, sich aber nicht an allen Orten auswirkende Ursache den rätselhaften Anstieg der Paralytiker-Aufnahmen in den betreffenden Jahren bewirkt hat, daß ihm also keine wirkliche Vermehrung der Erkrankungen zu Grunde liegt. Betrachtet man nämlich die obigen Zahlen genauer, so sieht man, daß der Hochstand im Jahre 1917 durch einen Tiefstand im Jahre 1918 wieder ausgeglichen wird. Beide Jahre zusammen geben einen Durchschnitt, der den Zahlen der vorgehenden und nachfolgenden Jahre ungefähr entspricht. Eine ähnliche Feststellung kann man auch bei den Zahlen von *Albrecht* machen. Die Prozentzahl für die männlichen Paralysen beträgt dort 1917 19,7, in den folgenden Jahren 10,0 und 5,2, dann erst (1920) wieder 13,0. Ein faktisches Mehr an Erkrankungen ist also gar nicht vorhanden. Welche äußere Ursache es war, die das gehäufte Einströmen der in der Bevölkerung vorhandenen Paralytiker gerade während jenes Jahres in die betreffenden Anstalten veranlaßt hat, dürfte hier kaum interessieren; ich möchte nur erwähnen, daß vielleicht die Ernährungsverhältnisse, die gerade in der hiesigen Industriegegend im Jahre 1917 katastrophal geworden waren, dabei eine Rolle spielen.

Nicht weniger auffallend als der Gipfelpunkt im Jahre 1917 ist der starke Abfall der männlichen Paralysen in den letzten vier Jahren. Von 1915—1923 ist der Durchschnittsprozentwert mit 18,75 ungefähr gleich dem der vorhergehenden Periode von 1909—1914 (=18,50%). Dann fallen die Zahlen scharf und kontinuierlich ab, um 1927 sogar unter die der Frauenparalysen herunterzugehen. Der Durchschnittswert für die letzten vier Jahre ist =8,86%, der für das Jahr 1927 allein gar nur noch 3,85%. Auch andere Autoren haben einen solchen Abfall der Paralysen-Zahlen in neuerer Zeit festgestellt, z. B. *Jahrreiß*, *Albrecht*, *Herschmann* [2]), *Pilcz* [3]), wenn auch nicht genau übereinstimmend in Zeit und Höhe. Der Salvarsanbehandlung das Verdienst an diesem Rückgang zuzuschreiben, scheint mir nicht ohne weiteres

[1]) Bei einem Gesamtbestand von 322 Männern also weniger als 2%. Das Verhältnis der Erstaufnahmen war 2: 83.

[2]) *Herschmann*, Die Paralysefrequenz in Wien 1902/22. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1924, Heft 3/4.

[3]) Cit. bei *Herschmann*.

angängig. Wie erwähnt, ist sie auch schon für das Gegenteil verantwortlich gemacht worden. Dafür könnte sprechen, daß jetzt die Durchschnitts-Incubationszeit für Paralyse seit Einführung der Salvarsanbehandlung ungefähr erreicht ist, aber für ein abschließendes Urteil in dieser Frage dürfte die Zeit noch nicht gekommen sein, wie *Herschmann* mit Recht betont. Auch andere Gründe könnten ja noch in Frage kommen, so eine Änderung des biologischen Charakters der Spirochäte (*Herschmann* u. a.) oder daß in der Wechselwirkung, die zwischen menschlichem Körper und Spirochäte besteht, eine neue Phase erreicht worden ist (*Hoche* [1])). Gegen die beiden zuletzt angeführten Gründe spricht freilich bei den obigen Ergebnissen der etwas plötzliche Abfall in den letzten Jahren. Eine andere Annahme scheint mir näher zu liegen, nämlich die immer mehr Allgemeingut werdenden Fieberkuren, insbesondere die Malariatherapie. Entsprechend der zunehmenden Einbürgerung dieser Therapie werden die Paralytiker immer rechtzeitiger einer solchen Behandlung zugeführt werden, und ein großer Teil von ihnen wird gar nicht erst in die Anstalten kommen, sondern so weit gebessert werden, daß er der Anstaltspflege nicht mehr bedarf. Einen wie großen Einfluß dieses Moment ausüben kann, ist aus der Zusammenstellung von *Herschmann* deutlich zu ersehen, der angibt, daß 1908 noch 89% der Paralytiker aus der Wiener Universitätsklinik als ungebessert in die Wiener Irrenanstalt abgeschoben werden mußten, in den Jahren 1921 und 1922 dagegen nur noch 53% bzw. 50%. Das muß sich in der Statistik der zugehörigen Irrenanstalt natürlich sehr bemerkbar machen. Ähnliche Wirkungen werden auch in der hiesigen Gegend zu erwarten sein, wo in einer Anzahl Kliniken die Malaria-Therapie ebenfalls ausgeübt wird. Die früher gehegten Befürchtungen, daß im Gefolge des Krieges die Paralyseziffer erheblich ansteigen würde, scheinen also glücklicherweise infolge der modernen Therapie, wenigstens was die Anstaltspflegebedürftigkeit der Patienten anlangt, nicht in Erfüllung gehen zu sollen. Alles wird man freilich wohl nicht auf das Konto der Malaria-Therapie usw. setzen können, denn eine gewisse Abnahmetendenz bei den Paralysen der Männer ist ja schon vor ihrer Einführung festgestellt worden. Auch in Tannenhof war das ja der Fall. Um das zu illustrieren, seien hier die Tannenhofer Ergebnisse seit 1897 zu mehrjährigen Perioden zusammengefaßt noch einmal wiedergegeben.

---

[1]) Cit. bei *Bumke*, Lehrbuch 1924.

Tabelle II. Männer.

Jahre	Ges. A.	P.	%
1897/1902	338	74	21,89
1903/08	485	102	21,03
1909/14	492	91	18,50
1915/20	567	103	18,17
1921/27	802	95	11,85

Etwas anders gestaltet sich das Bild bei den Paralysen der Frauen. Bis zum Jahre 1914 schien es, als ob auch bei ihnen eine gewisse Abnahmetendenz vorhanden wäre, der weitere Verlauf hat das aber nicht bestätigt, wie Tabelle I lehrt. Bei den geringen absoluten Zahlen erscheinen die Schwankungen in den Prozentwerten naturgemäß ziemlich stark, aber die Resultante ist doch gut zu erkennen. Von einer Abnahmetendenz kann man nicht mehr sprechen, vielmehr ist in den letzten drei Jahren sogar ein kontinuierlicher Anstieg festzustellen. Besonders auffallend ist die Zunahme in den Jahren 1920 und 1921, die nicht bloß scheinbar ist, sondern auch die absolute Zahl der weiblichen Paralysen erreicht in diesen Jahren eine sonst bei weitem nicht erreichte Höhe. Der große Wechsel in der Anstalt, der in den relativ hohen Gesamtaufnahmeziffern zum Ausdruck kommt, kann nicht die Ursache sein; einmal wäre es nicht verständlich, warum er sich gerade bei den Paralysen auswirken sollte, und dann ist die Gesamtaufnahmezahl auch in den umgebenden Jahren recht hoch (z. B. 1919 höher als 1921), ohne ein entsprechend hohes Anwachsen der Paralyseziffern wie 1920/21 hervorzurufen. Man könnte hier eine Parallele zu dem Kriegsjahr 1917 bei den Männern vermuten; vielleicht eine Ursache annehmen, die sich bei den Frauen langsamer durchsetzt, wie ja überhaupt die Frauenparalysen einen weniger agitierten Verlauf nehmen. Für eine solche Vermutung geben meine bisherigen Feststellungen freilich keinen Anhaltspunkt, insbesondere sind die bei mir von den Männern als mögliche Ursache unterstellten Ernährungsschwierigkeiten in der Bevölkerung natürlich hier nicht verwendbar. Ein unlösbarer Widerspruch ist auch, daß z. B. in Ueckermünde der auffallende Anstieg der Paralysekurve bei den Frauen in dieselbe Zeit wie bei den Männern fällt, in Tannenhof dagegen drei bis vier Jahre später. Man kann einwenden, daß die Anzahl der Frauenparalysen in Tannenhof überhaupt zu gering sei, um irgendwelche weiterreichenden Schlüsse ziehen zu können. Jedoch gerade bei den sonst so geringen Zahlen bleibt die Tatsache dieses relativ enormen Anstieges in jenen beiden Jahren auffallend genug, um den Gedanken an eine besondere Ursache nahezulegen, zumal in den vorhergehen-

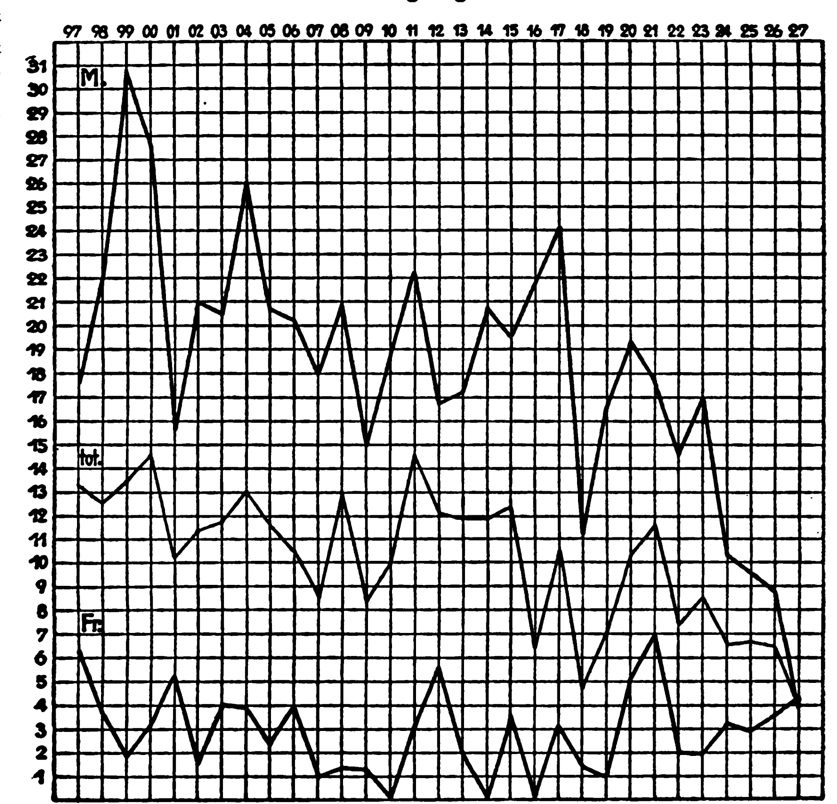
den oder nachfolgenden Jahren nicht ein solcher Ausgleich wie bei den Männern stattfindet. Immerhin würde es sich erst lohnen, dieser Ursache nachzugehen, wenn feststeht, daß auch anderweitig in größerer Zahl ähnliche Beobachtungen gemacht worden sind. Merkwürdig ist, daß die Malaria-Therapie auf die Aufnahmeziffer der Frauen gar keinen Einfluß auszuüben scheint, während sie bei den Männern offenbar doch sehr weitreichende Wirkungen hat. Vielleicht ist das zum Teil dadurch zu erklären, daß die Paralyse als solche bei den Frauen infolge ihres weniger auffälligen Verlaufes oft draußen gar nicht erkannt und erst in den Anstalten diagnostiziert wird. Oder es ist vielleicht so, daß die Erkrankungen an Paralyse bei den Frauen jetzt häufiger werden als früher und deshalb die einschränkende Wirkung der Malaria-Therapie auf die P-Aufnahmeziffer der Anstalten weniger zum Ausdruck kommt als bei den Männern. Tatsächlich ist ja dies auffällige Verhalten der Paralyse-Kurve bei den Frauen nicht nur in Tannenhof sondern auch anderwärts in großer Zahl beobachtet worden. *Wiedeburg* stellt z. B. fest, daß aus der größten Zahl der statistischen Arbeiten eine unbestreitbare Zunahme der Frauenparalysen hervorgeht und sich die Spanne zwischen den Prozentzahlen der Paralysen bei Frauen und Männern stetig vermindere. *Bumke* weist darauf hin, daß man früher zwischen den Paralysen der Frauen und Männer ein Verhältnis von etwa 1 : 8 feststellte, heute nur noch von zirka 1 : 2. In Tannenhof ergab sich für die Zeit von 1897—1914 noch ein Durchschnittsprozentverhältnis von 1 : 7,41, ein Verhältnis der absoluten Zahlen von 1 : 7,85; für 1915—1927 stellen sich die Verhältnisse auf 1 : 4,66 bzw. 1 : 3,6. Für die letzten sieben Jahre ergibt sich ein Verhältnis von 1 : 3,23 bzw. 1 : 3, wie auch aus folgender Aufstellung erhellt, wenn man Tabelle II zum Vergleich heranzieht.

Tabelle III. Frauen.

Jahre	Ges. A.	P.	%
1897/1902	347	12	3,46
1903/08	535	15	2,80
1909/14	361	7	1,94
1915/20	901	23	2,55
1921/27	873	32	3,67

Man sieht einen kontinuierlichen Abfall bis 1914, dann wieder einen Anstieg bis über die Anfangsziffer hinaus. — Folgende Kurvenzeichnung verbildlicht die bisherigen durch Zahlen demonstrierten Ergebnisse:

Jahrgänge.



Ob man nun den Faktor Y von *Kolb* für die Zunahme von Frauenparalysen verantwortlich machen kann, wage ich nicht zu entscheiden; jedenfalls scheint man mir sie sich auch daraus erklären zu können, daß durch das in den letzten Jahrzehnten häufiger gewordene Herausgehen der Frau aus den häuslichen Verhältnissen in das Berufsleben die luetische Infektionsmöglichkeit größer geworden ist. *Kolb* hat zwar festgestellt, daß der Paralysekurve des Weibes nicht immer eine entsprechende Syphilismorbidität parallel geht und vermutet dahinter die Wirkung des Faktors Y, sichere Schlußfolgerungen könnte man aber nur daran knüpfen, wenn die Paralysezahlen auf den Zeitpunkt der syphilitischen Infektion bezogen wären, wie z. B. auch *Wiedeburg* betont. Praktisch wird das freilich nur schwer möglich sein, denn, wenn man auch eine durchschnittliche Inkubationsdauer von 15 Jahren

errechnet hat, so sind bei den einzelnen Fällen die Zahlen doch sehr verschieden. Natürlich kann außer der erhöhten Syphilisation doch noch der Faktor Y wirksam sein. *Bumke* zeigt zwar in seinem Lehrbuch an einigen Beispielen, daß die Hypothese von der Zivilisation als ätiologischen Faktor auf sehr schwankenden Füßen steht, aber den zusammenfassenden Feststellungen und Schlußfolgerungen *Kolbs* kann man sich nur schwer entziehen. Daß irgendwie die kulturellen Verhältnisse bei der Ätiologie der Paralyse eine Rolle spielen, scheint darnach kaum noch möglich abzuleugnen, nur fragt es sich, ob es sich um einen einheitlichen Faktor handelt, oder ob sich dieser Faktor aus mehreren Einflüssen zusammensetzt. *Kolb* spricht sich darüber nicht deutlich aus, er teilt nur mit, daß er den Faktor Y seit Jahren zu kennen glaubt. Ganz von der Hand zu weisen scheint mir jedenfalls die Annahme einer komplizierten Zusammensetzung des unbekannten Faktors nicht.

Außer äußeren kulturellen Einflüssen wie z. B. die Ernährungsverhältnisse (die man ja auch zur Erklärung der häufigeren Krebsmorbidität bei zivilisierten Völkern herangezogen hat), kann auch eine — ja schon lange vermutete — angeborene oder erworbene nervöse Disposition im Spiele sein, ferner auch die besondere Eigenart der infizierenden Spirochäte. Das von *Kolb* festgestellte explosionsartige Auftreten der Paralyse in manchen Gebieten (z. B. Frankreich), scheint mir doch auf letztere Möglichkeit hinzudeuten, sowie auch die bedeutungsvollen Impfversuche von *Plaut* und *Mulzer* [1]). Jedenfalls müssen die individuelle Disposition oder die Art der Spirochäte doch irgendwie an der Aetiologie beteiligt sein, da sonst die Tatsache, daß auch in den Kulturländern nur relativ wenige Syphilitiker an Paralyse erkranken, kaum erklärt werden kann. Auf andere wirksame Einflüsse in der Richtung einer Verminderung der Paralysemorbidität in gewissen Ländern, z. B. die häufigen Fieberkrankheiten in tropischen Gebieten, weist *Kolb* selbst hin. In diesem Zusammenhang möchte ich noch eine andere Vermutung erwähnen, die neuerdings ein litauischer Autor [2]) zur Diskussion gestellt hat, der eine auffällige Verbreitung des coitus interruptus unter Paralytikern festgestellt haben will und einen ätiologischen Zusammenhang als möglich ansieht. Ein Material von 19 Paralytikern (15 davon sollen Präven-

---

[1]) Cit. bei *Bumke*, Lehrbuch 1924. Die Autoren erzeugten Liquorveränderungen bei Kaninchen durch Verimpfung bestimmter Spirochätenstämme bzw. Paralytikerhirn.

[2]) *Kairiukstis*, Zum Paralyseproblem, Allg. Zeitschr. f. Psych. 1928, Heft 4/7.

tivverkehr geübt haben) liegt diesen Erwägungen zu Grunde; das dürfte wohl kaum für irgendwelche Schlußfolgerungen ausreichen. Selbst wenn man noch bei bedeutend mehr Paralytikern den c. i. feststellte, bliebe immer noch die Frage offen, ob nicht der Präventivverkehr in der betreffenden Bevölkerung überhaupt eine starke Verbreitung hat. Zudem: warum sollte gerade diese Nervenschädigung eine so spezielle Wirkung haben? Auch die Masturbation hat man ja früher schon in ähnlicher Weise verdächtigt; trotz der begründenden Ausführungen des Autors wird man obiger Hypothese wohl kaum mehr Bedeutung beimessen können.

II.

Nunmehr wende ich mich den Berufs- und Standesverhältnissen bei unseren männl. Paralytikern zu und stelle die jetzt gewonnenen Ergebnisse denen von 1897 bis 1914 zum Vergleich gegenüber:

Tabelle IV.
Männer

	1897/1914	1915/27
1. Höhere Beamte, Gelehrte	21 = 7,9%	17 = 8,6%
2. Offiziere	7 = 2,6%	—
3. Fabrikanten, Ingenieure	23 = 8,6%	20 = 10,1%
4. Kaufleute	97 = 36,3%	60 = 30,3%
5. Mittlere Beamte, Schreiber, Seminarlehrer	40 = 15,0%	35 = 17,7%
6. Gastwirte, Kellner, Branntweinbrenner	11 = 4,1%	7 = 3,5%
7. Handwerker, Gewerbetreibende	53 = 19,9%	29 = 14,7%
8. Arbeiter, Diener, Unterbeamte	11 = 4,1%	19 = 9,6%
9. Sonstige Berufe	4 = 1,5%	11 = 5,6%

Die Gruppe der Berufsoffiziere habe ich bei den jetzigen Untersuchungen ganz ausscheiden müssen, da der Krieg und seine Folgen diesen Stand zahlenmäßig allzusehr verringert haben. Es fand sich nur ein Paralytiker unter meinen Fällen, der früher Berufsoffizier gewesen war. Da er jetzt Kaufmann war, also streng genommen, ganz zu keiner von den beiden Gruppen gerechnet werden konnte, habe ich ihn unter den „sonstigen" Berufen aufgeführt. Letztere Gruppe hat sich auch dadurch gegen früher etwas vergrößert, daß sich darunter jetzt einige kleine Landwirte befinden, die früher unter den Tannenhofer Paralytikern ganz fehlten. Wie ich schon damals ausführte, tritt in hiesiger Gegend die Landwirtschaft gegenüber der Industrie ganz zurück, wodurch sich ihre geringe Beteiligung an den Paralysezahlen erklären mag. Daß jetzt innerhalb 13 Jahren einige wenige Fälle gezählt werden konnten, will wohl nicht viel besagen.

Eine besondere Gruppe dafür aufzustellen, erübrigt sich. Im übrigen setzt sich Gruppe 9 aus Rentnern und Berufslosen zusammen. Der Vergleich obiger Zahlen zeigt nun, daß wohl gewisse Verschiebungen der einzelnen Standesgruppen eingetreten sind; ich glaube aber kaum, daß ihnen eine wesentliche Bedeutung beizumessen ist. Die Gruppe der Handwerker usw. hat z. B. nicht unwesentlich abgenommen, dafür ist aber eine entsprechende Zunahme bei der Gruppe der Arbeiter usw. zu bemerken. Eine Demokratisierung wird man daraus nicht ableiten können, da Handwerker- und Arbeiterklasse sich ja sozial sehr nahe stehen, besonders in der Jugend, wo doch die luetische Infektion erfolgt. Diese Verschiebung ist wahrscheinlich durch die umschichtende Gewalt der Kriegsfolgen verursacht, die wohl viele Handwerker hat zur Arbeiterklasse abwandern lassen. Überhaupt haben diese Folgen des Krieges die Vergleichsmöglichkeiten bezüglich der Standesverhältnisse etwas verwischt. Auch wird man daran denken müssen, daß die soziale Zusammensetzung des Krankenmaterials durch die wirtschaftlichen Einflüsse der Kriegs- und Nachkriegszeit etwas verändert sein kann, zumal die Pflegesätze in Tannenhof oft erheblich unter den Preisen anderwärts geblieben sind. In Anbetracht der relativ ziemlich unbedeutenden Verschiebung unter den obigen Prozentzahlen habe ich allerdings die Frage nicht besonders nachgeprüft, ob sich bei den Gesamtaufnahmen wesentliche Verschiebungen in den Standesverhältnissen bemerkbar gemacht haben. Gegen eine fortschreitende Demokratisierung der Paralyse spricht übrigens auch, daß Gruppe 1 sich gegen früher nicht vermindert, sondern sogar etwas vermehrt hat. Der jetzige Prozentsatz von 8,6 ist übrigens genau gleich dem der Periode von 1906/14. Seit 1906 sind also keine Änderungen mehr eingetreten. Auch die Gruppe der Fabrikanten und Ingenieure, die man ja auch zu den besser gestellten Ständen rechnen muß, zeigt keine Abwärtsentwicklung, sondern einen mäßigen Anstieg, der aber wohl durch die Weiterentwicklung der Industrie seit jener Zeit erklärt werden kann. Die Veränderungen in Gruppe 4 und 5 gleichen sich bis zu einem gewissen Grade aus, wenn man annimmt, daß diese Stände doch wohl teilweise denselben sozialen Verhältnissen angehören werden.

Für die Frauen habe ich früher wegen der sehr geringen Zahl der Fälle auf eine Prozentrechnung verzichtet, da aber diesmal die absolute Zahl etwas größer ist, habe ich doch eine entsprechende Aufstellung gemacht und zum Vergleich nachträglich die Prozentwerte für die Zeit von 1897 bis 1914 ermittelt.

Tabelle V.
Frauen

	1897/1914	1915/27
1. Höhere Beamte, Gelehrte	4,8%	1,9%
2. Offiziere	—	—
3. Fabrikanten, Ingenieure	4,8%	7,7%
4. Kaufleute	28,6%	23,1
5. Mittlere Beamte usw.	14,2%	23,1%
6. Gastwirte, Kellner, Branntweinbr.	—	1 ,9%
7. Handwerker, Gewerbetreibende	28,6%	21,2%
8. Arbeiter, Diener, Unterbeamte	9,5%	19,2%
9. Sonstige Berufe	9,5%	1,9%

Natürlich bedeutet obige Rubrizierung nur, daß die Frauen den betreffenden Kreisen angehören; bei dem sehr hohen Prozentanteil der Verheirateten bzw. Verwitweten, den ich später noch darlegen werde, spielen selbständige Berufe unter den Paralytikerinnen nur eine sehr geringe Rolle. Zum obigen Vergleich ist zu bemerken, daß bei den Zahlen für 1897/1914 nur 21 von 34 Fällen verwertet werden konnten, da bei den übrigen die Standesangaben fehlten; für 1915/27 waren dagegen 52 von 55 Fällen verwendbar. Ganz auf gleicher Basis steht der Vergleich also nicht. Im übrigen brauche ich wohl auf Einzelheiten nicht einzugehen. Wesentliche Verschiedenheiten ergeben sich jedenfalls nicht, wenn man die Gruppen 1 und 3, 4 und 5, 7 und 8 je als höhere, mittlere und untere Stände zusammenfaßt. Bemerkenswert ist, daß auch bei den Frauen eine Vermehrung der Gruppe 8 auf Kosten der Gruppe 7 erfolgt ist, was ebenfalls dafür spricht, daß es sich bei diesem Vorgang wahrscheinlich um eine äußere Verschiebung, d. h. innerhalb der Bevölkerung oder in der sozialen Zusammensetzung des Tannenhofer Krankenmaterials, handelt, zumal, bei den Frauen doch gerade aristokratische Tendenzen wirksam sein müßten. Alles in allem kann man feststellen, daß in Tannenhof weder bei den Männern eine Tendenz zur Demokratisierung, noch bei den Frauen eine solche zur Aristokratisierung vorhanden gewesen ist.

III.

Die Familienstands-Verhältnisse sind folgende:

Tabelle VI.
Männer

	1897/1914	1915/27
verheiratet	77,8%	167 = 85,2%
ledig	16,2%	20 = 10,2%
verwitwet	4,7%	5 = 2,6%
geschieden	1,2%	4 = 2,0%

Die Verheirateten haben also auf Kosten der Ledigen noch zugenommen, was zum Teil dadurch erklärt werden mag, daß das Erkrankungsalter bei den hiesigen Paralytikern während der jetzigen Untersuchungsperiode nach oben hin verschoben ist, wie ich unten noch zeigen werde. Vielleicht spielen auch die vielen Kriegstrauungen dabei eine Rolle. Die Angaben bezüglich der prozentualen Beteiligung der Ledigen an den Paralysen sind in der Literatur ja geteilt. Ein allzu großes Gewicht braucht auch wohl auf dieses Problem nicht gelegt zu werden, denn eine besondere Affinität der Ledigen zur Paralyse anzunehmen, ist nach den heutigen Erkenntnissen wohl kaum noch angängig. Wenn einmal hier ein größerer, dort ein geringerer Anteil der Ledigen an der Paralyseziffer festgestellt wird, so mag das wohl an Verschiebungen des Ledigenstandes innerhalb der Bevölkerung liegen. *Junius* und *Arndt* z. B. haben ja, wie ich schon in meiner früheren Arbeit ausführte, die an ihrem Material gefundenen Zahlen mit dem prozentualen Anteil der Ledigen zwischen 30 und 50 Jahren innerhalb der Bevölkerung verglichen und fanden annähernd gleiche Verhältnisse.

Bei den Frauen haben sich die Verhältnisse gegen früher nicht wesentlich geändert. Während früher alle Tannenhofer Paralytikerinnen verheiratet bzw. verwitwet waren, war jetzt nur je eine ledig bzw. geschieden. Verwitwet waren 8 und verheiratet 44, beide zusammen also über 96%.

IV.

Bei der Feststellung des Erkrankungsalters bin ich ebenso wie früher von dem Zeitpunkt des Ausbruches deutlicher paralytischer Symptome ausgegangen, worauf es ja praktisch eigentlich auch allein ankommt. Wollte man überdies von den nervösen Prodromalerscheinungen ausgehen, so würde man je nach Aufmerksamkeit, Beobachtungsgabe und Sorgfältigkeit der Berichterstatter (d. h. Umgebung der Kranken) zu allzu verschiedenen Resultaten gelangen. Außerdem können beobachtete unbestimmte nervöse Symptome ursprünglich auch auf andern Störungen beruht haben als auf einen paralytischen Prozeß.

Im folgenden sind die Verhältnisse dargestellt:

Tabelle VII.

Männer

Es erkrankten:	1897—1914		1915—27	
Vor dem 25. Jahre	0,4 %		— = —	
Im Alter v. 26—30	1,9 „		4 = 2,0%	
„ „ „ 31—35	16,7 „	Vom 30.—50. = 83,5%	16 = 8,1 „	
„ „ „ 36—40	28,0 „		44 = 22,3 „	vom 35.—55. = 82,6%
„ „ „ 41—45	19,4 „		44 = 22,3 „	
„ „ „ 46—50	19,4 „		44 = 22,3 „	
„ „ „ 51—55	8,9 „		31 = 15,7 „	
„ „ „ 56—60	3,5 „		12 = 6,0 „	
nach dem 60. Jahre	1,6 „		2 = 1,0 „	

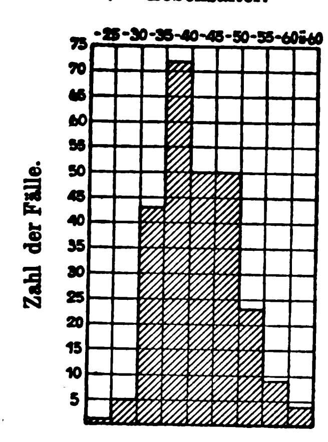
Eine Verschiebung nach den höheren Altersklassen zu ist also unverkennbar. Die Höchstzahl an Erkrankungen ist nicht mehr zwischen dem 30. und 50., sondern zwischen dem 35. und 55. Jahre festzustellen. Ferner hat die Gruppe von 36—40 nicht mehr die dominierende Stellung wie früher, sondern die Paralysen verteilen sich gleichmäßig auf die drei Lustren vom 36.—50. Jahr. Die Gruppen vom 31.—35. und vom 51.—55. Jahre haben ihre Plazierung vertauscht. Vielleicht sind diese Verschiebungen durch den Krieg veranlaßt, insofern viele von denen, die in den in Frage kommenden Altersgruppen nach Erreichung des Inkubationstermins an Paralyse erkrankt wären, eben gefallen sind. Folgende Aufstellung scheint auch für diese Annahme zu sprechen:

Männer

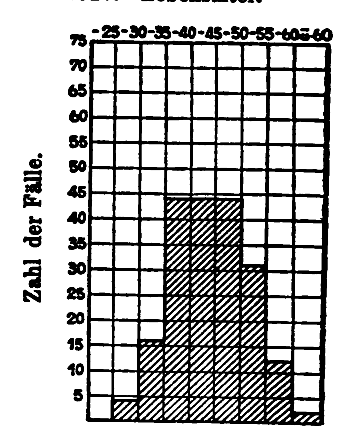
	1915—1918	1919—1927
26—30	1 = 1,8%	3 = 2,1%
31—35	6 = 10,9 „	10 = 7,0 „
36—40	16 = 29,1 „	28 = 19,7 „
41—45	12 = 21,8 „	32 = 22,5 „
46—50	11 = 20,8 „	33 = 23,2 „
51—55	6 = 10,9 „	25 = 17,6 „
56—60	3 = 5,5 „	9 = 6,3 „
über 60	— = —	2 = 1,4 „

Man sieht, daß in der Kriegszeit noch ziemlich ähnliche Verhältnisse wie vorher geherrscht haben, während nachher erst die deutliche Verschiebung zum höheren Lebensalter hin einsetzt. Folgende Zeichnungen mögen die Verhältnisse noch deutlicher illustrieren:

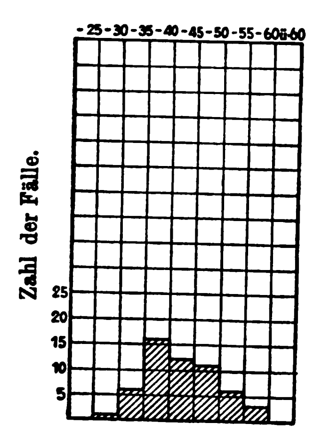
1897—1914. Lebensalter.



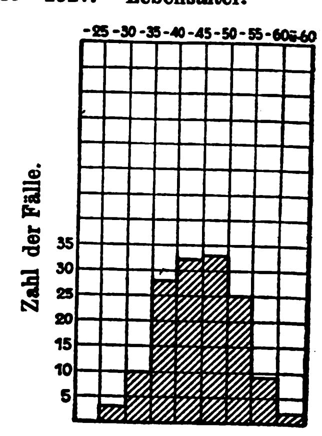
1915—1927. Lebensalter.



1915—1918. Lebensalter.



1919—1927. Lebensalter.



Ob nun außer dem oben erwähnten Moment noch andere Gründe mitwirken, wie z. B. eine allmählich sich ändernde Reaktion des Organismus auf das syphilische Virus und dadurch verlängerte Inkubationsdauer, läßt sich schwer entscheiden. Soweit es mir möglich war, habe ich die Inkubationszeiten daraufhin nachgeprüft, aber keine Anhaltspunkte dafür gefunden.

Bei den Frauen war insofern eine entgegengesetzte Tendenz wahrzunehmen, als bei ihnen in der Zeit von 1897—1914 der Hauptanteil der Erkrankungen in das Lebensalter vom 36. bis 55. Jahr fiel, während

1917—27 das 31.—50. Jahr das Hauptkontingent stellten. Hier die Aufstellung:

Tabelle VIII.

Frauen

Es erkrankten:	1897—1914		1915—1927	
vom 26.—30.	3,2 %		— = — %	
„ 31.—35.	3,2 „		8 = 15,1 „	vom 31.—50. = 83,0%
„ 36.—40.	32,2 „	vom 36.—55. = 83,8%	8 = 15,1 „	
„ 41.—45.	16,1 „		13 = 24,5 „	
„ 46.—50.	16,1 „		15 = 28,3 „	
„ 51.—55.	19,4 „		5 = 9,4 „	
„ 56.—60.	9,7 „		3 = 5,7 „	
nach dem 60. Jahr	—		1 = 1,9 „	

Die Verschiebung ist also deutlich, allerdings ist dabei zu beachten, daß der Schwerpunkt früher vom 36.—45. Lebensjahr lag, während er jetzt in das Jahrzehnt vom 40.— bis zum 50. Jahr fällt. Ferner ist ebenso wie bei den Männern der Anteil der Jahresperiode von 36—40 stark zurückgegangen. Dafür hat dann freilich die Gruppe von 31—35 wieder sehr gewonnen. Eine gewisse Tendenz zum jugendlichen Alter ist also doch wohl festzustellen, wenn sie auch durch das oben erwähnte Moment der Verlagerung des Schwerpunktes stark gemildert wird. Diese umgekehrte Tendenz wie bei den Männern ist immerhin bemerkenswert und bestärkt mich etwas in der Annahme, daß bei den Männern die Dezimierung der in Frage kommenden Altersklassen das wirksame Moment gewesen ist. *Brinkmann*[1]) gibt nun an, daß in Münster wie in Bonn bei Kriegsausbruch die Paralyse angefangen habe, in einem früheren Lebensalter einzusetzen, welche Erscheinung in Münster 1919 wieder aufhörte. Bei den Männern habe ich ja schon festgestellt, daß während der Kriegszeit in dieser Hinsicht ähnliche Verhältnisse wie in der Vorkriegszeit geherrscht haben. Bei den Frauen ist zwar während der Kriegszeit $^1/_3$ der Fälle bis zum 35. Jahr erkrankt, ein Verhältnis, was in den ganzen Beobachtungsperioden (1897—1914 und 1915—27) bei weitem nicht erreicht wird, aber die Aufnahmeziffer mit 9(=$^1/_6$ der Fälle während der ganzen Zeit von 1915/27) auch relativ gegenüber der Nachkriegszeit so gering, daß der Einfluß auf die Gesamtergebnisse nicht ausschlaggebend ist, wenn er auch in der Gruppe von 31—35 etwas zur Geltung kommt. Welche Schlüsse aus den obigen Ergebnissen nun gezogen werden können, lasse ich bei der geringen Zahl der Fälle überhaupt dahingestellt.

---

[1]) *Brinkmann*: Wandlungen im Verlauf der progressiven Paralyse der Irren. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1924, Heft 1/2.

V.

Was die Inkubationszeiten anlangt, so war es mir bei nur etwa $^1/_3$ der Fälle möglich, die Zeit der Infektion ungefähr festzustellen; auch habe ich keine Vergleichsmöglichkeit mit der Zeit vor 1915, da ich früher keine Erhebungen in dieser Richtung gemacht habe. Immerhin könnten sich für die Frage, ob die Inkubationszeit durch die moderne Luestherapie, insbesondere die Salvarsanbehandlung, Änderungen erfahren hat, ev. Anhaltspunkte ergeben durch Feststellung wesentlicher Unterschiede gegenüber den sonst in den Statistiken angegebenen Durchschnittszahlen.

Für 1925—27 ergab sich in Tannenhof nun folgendes.

Tabelle IX.
Inkubationszeit der männlichen Paralysen

Jahre	1	2	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	23	24
Zahl d. Fälle	1	1	1	3	1	5	3	7	1	2	3	3	3	2	2	6	7	8	3	1

25	26	27	29	33	37	= 15,8 Jahre Durchschnittsdauer
2	1	1	2	1	1	= 71 Fälle

Am häufigsten ist also die Zeit vom 18. bis zum 20. Jahre vertreten, die fast $^1/_3$ aller Fälle in Anspruch nimmt.

Hinter den beiden Fällen, die nur 1 bzw. 2 Jahre Inkubationsdauer aufweisen, muß man wohl ein Fragezeichen machen, da die Feststellung eines so kleinen Termins wohl ziemlich einzig dasteht. Allerdings ist bei dem Fall mit 1jähr. Inkubationsdauer das Jahr 1918 mit Bestimmtheit als das der Infektion angegeben. Es handelt sich um einen 37jähr. Kaufmann, der Anfang 1919 in die hiesige Anstalt eingeliefert wurde und binnen weniger Monate an einer agitierten Paralyse zu Grunde ging. Nach der Infektion war er mit 6×0,45 Neosalvarsan und einer Quecksilberschmierkur behandelt worden. Soll man nun diese Behandlung als so ungenügend ansehen, daß dadurch ein so ungewöhnlich früher Ausbruch der Paralyse erklärt werden könnte? Falls die Angabe des Infektionstermins wirklich richtig ist, käme man m. E. um die Annahme einer besonderen persönl. Disposition für Paralyse kaum herum, denn wenn die Spirochäte allein die Schuld hätte, müßten solche Fälle doch wohl öfter zur Beobachtung kommen. Der Fall mit 2jähriger Inkubationsdauer betrifft einen jetzt 55jähr. Dekorationsmaler, der sich noch in der Anstalt befindet. Oktober 1916 infizierte er sich mit Lues, im Januar bis März 1917 soll er dann mit drei Salvarsaninjektionen und außerdem Quecksilber behandelt worden sein, was im Juli bis September

1917 wiederholt wurde. Die Wa-Re wurde darauf negativ. Im März 1918 machten sich dann zuerst Hirnsymptome bemerkbar; darauf wieder mehrfach Neosalvarsan und Hg (Wa-Re, danach wieder negativ.) Trotzdem entwickelte sich der paralytische Prozeß weiter. Patient wurde in der Folge noch öfter allerlei Kuren unterworfen (Salvarsan, Malaria, Bismut) und bietet jetzt das Bild einer anscheinend stationären dementen Paralyse. Genau genommen traten also die ersten paralytischen Symptome bereits nach einer Inkubationszeit von 1½ Jahre auf. Ob der Patient wirklich nicht im 1. Vierteljahr nach der Infektion behandelt worden ist, lasse ich dahin gestellt; im übrigen kann man wohl kaum von einer ungenügenden Behandlung reden. Andere Autoren (*Kräpelin*, *Junius* und *Arndt*, *Albrecht*) haben als untere Grenze eine Dauer von 3 Jahren festgestellt, als Durchschnittsdauer werden im allgemeinen 15—16 Jahre angegeben, welcher Zahl ja auch mein Ergebnis entspricht. Diese Durchschnittsdauer ist ja auch schon vor Einführung der Salvarsantherapie festgestellt worden, so daß daraus also auf keinen Einfluß derselben geschlossen werden kann. Ferner wäre wohl anzunehmen, daß die Fälle mit kürzerer Inkubationsdauer der Einführungszeit der Salvarsantherapie, durchschnittlich am nächsten lägen, wenn man eine unrichtige Handhabung dieser Behandlungsart als Grund annehmen wollte, die natürlich in der ersten Zeit nach der Einführung am wahrscheinlichsten ist. Bei meinen Fällen habe ich das nicht feststellen können; die kürzeren Inkubationszeiten verteilen sich im allgemeinen auf alle Aufnahmejahre, aber gerade z. B. die Jahre 1915/17 zeigen ziemlich hohe Ziffern. Die niedrigsten Zahlen fand ich in späteren Jahren.

Bei den Frauen konnte ich nur in 8 Fällen den Infektionstermin feststellen, unter diesen war die niedrigste Inkubationszeit 9 Jahre, die höchste 20 Jahre; die Durchschnittsdauer betrug 14³/₄ Jahr, lag also etwa 1 Jahr unter der bei den Männern. Das wahre Bild kann freilich ganz anders sein, wenn man bedenkt, daß kaum ¹/₆ der Fälle der Berechnung zu Grunde liegt.

VI.

Am interessantesten vom klinischen Standpunkt aus sind bei der Paralyse wohl die Änderungen der Verlaufsformen, die sich im Laufe der Zeit bemerkbar gemacht haben. Während es früher noch relativ leicht gewesen zu sein scheint, eine Einteilung in verschiedene Verlaufsarten vorzunehmen, wird das jetzt immer schwieriger, da sich die Unterschiede immer mehr verwischen, insofern die Formen einen mehr

gemischten Charakter annehmen. Das Bild der klassischen expansiven Paralyse in ihrem typischen charakteristischen Verlauf, wie es die alten Autoren geschildert haben und das früher eine vorherrschende Stelle unter den klinischen Formen einnahm, tritt immer mehr in den Hintergrund und scheint bald der Geschichte angehören zu wollen. Um die Schwierigkeiten bei der Einteilung zu vermindern, haben einige Autoren (z. B. *Junius* u. *Arndt*) außer den vier Hauptformen auch noch eine gemischte Form bei ihren Berechnungen aufgestellt. Darauf habe ich verzichtet, da doch bei einem recht großen Teil der Fälle ein gemischter Charakter festzustellen ist. Wie auch andre Untersucher habe ich mich bei der Unterscheidung nach dem Vorherrschen einer bestimmten Verlaufsart gerichtet. Dabei wandte ich dieselben Kriterien wie bei meiner früheren Arbeit an, die ich hier noch einmal wiedergeben will:

Agitierte Form =
Fälle mit häufigen und langandauernden Erregungszuständen.

Expansive Form =
ausgesprochenen Größenideen u. man.-euphor. Zuständen

Depressive Form =
Fälle, in denen Verkleinerungsideen u. melanchol.-hypochondr. Vorstellungen vorherrschen

Demente Form =
ruhige Fälle mit fortschreitender Verblödung.

Unter diesen Gesichtspunkten ergaben sich folgende Resultate:

Tabelle X.

Männer

	1897—1914	1915—1927
Agitierte Form	11 = 4,2 %	11 = 5,6 %
Expansive „	56 = 21,2 „	42 = 21,4 „
Depressive „	27 = 10,2 „	26 = 13,3 „
Demente „	170 = 64,4 „	117 = 59,7 „

Allzugroß sind also die Unterschiede nicht, da die Qualität des Verhältnisses, d. h. die Reihenfolge der Beteiligung, insbesondere das überragende Vorherrschen der dementen Form, unangetastet bleibt. Immerhin haben die agitierte und depressive Form je um $^1/_3$ auf Kosten der dementen zugenommen, während die expansive Form ihren Bestand behalten hat. Dem Grund für diese etwas paradoxe Abnahme der dementen Form kommen wir vielleicht etwas näher, wenn wir nachstehende Aufstellung betrachten:

Tabelle XI.

Männer

Jahres-perioden	% Ag.	Exp.	Depr.	Dem.
1897—1902	2,7	18,9	12,2	66,2
1903—1908	3,0	26,7	9,9	60,4
1909—1914	6,7	16,9	9,0	67,4
1915—1920	10,5	22,4	11,8	55,3
1921—1927	2,5	20,8	14,2	62,5

Der Einfluß des Krieges scheint mir aus dieser Gegenüberstellung deutlich hervorzugehen, denn auf der ganzen Linie der erregteren Formen, zu denen man ja wohl auch die depressive Form rechnen muß, ist eine starke Zunahme zu verzeichnen, auf Kosten der dementen Form, die einen schroffen Abfall zeigt. Abgesehen von der depressiven Form findet dann in der nachfolgenden Periode wieder eine Annäherung an die früheren Verhältnisse statt. Auch früher hat es ja schon Schwankungen gegeben, sie waren aber nicht so einheitlich gerichtet wie die Tabelle lehrt. Zwei Einflußarten des Krieges können hier m. E. in Betracht kommen: ein psychischer und ein Einfluß mehr äußerer Art. Die psychische Wirkung müßte man sich wohl so vorstellen, daß die Atmosphäre des Krieges mit ihren seelischen Erregungen und Schwierigkeiten jeder Art einen starken Reiz ausübt, der dann je nach Intensität und Qualität sowie Anlage der einzelnen Persönlichkeit in einer Steigerung der Krankheitsvorgänge in der einen oder anderen Richtung (depr.-expans. bzw. agitiert) zum Ausdruck kommt. Die weitere Zunahme der depress. Form in der Nachkriegszeit spräche nicht dagegen, denn die eigentlichen Erregungsmomente des Krieges sind ja jetzt zurückgetreten, während depressive Wirkungen, wie z. B. wirtschaftliche Schwierigkeiten noch geblieben sind. Man kann aber, wie erwähnt, noch an einen anderen Zusammenhang, mehr äußerer Art, denken. Es wurde früher schon in der Literatur erörtert, ob das Anwachsen der ruhigeren Formen nicht auf die zweckmäßigere Therapie in neuerer Zeit (neben Bettruhe konsequente Anwendung wirksamer beruhigender Medikamente) zurückzuführen sei. An der Verordnung der Bettruhe war man ja nicht behindert, aber die abgeschwächte Wirksamkeit mancher Beruhigungsmittel fiel uns noch lange nach dem Kriege auf. Diese Beobachtung scheint auch anderwärts gemacht worden zu sein, denn auch *Bumke* spricht davon in seinem Lehrbuch. Ein starker Zuwachs der agitierten Fälle während der Kriegszeit war

übrigens auch in Ueckermünde (*Albrecht*) zu verzeichnen, wo der Prozentsatz [1]) von 7,9% in der Periode von 1910/14 auf 15,3% in der Zeit von 1915/19 stieg bei einem durchschnittlichen Wert von 10,4% für die ganze Zeit von 1895—1924. Dem gegenüber stand allerdings eine starke Zunahme der dementen Form in der Kriegszeit von 62,47% auf 70,25%. Ferner hatte die expansive Form in der gleichen Zeit stark abgenommen (von 22,5% auf 10,7%). Das wäre also ein unlösbarer Widerspruch, wenn man nicht die nach Charakter und Temperament große Verschiedenartigkeit der Bevölkerungen zur Erklärung heranziehen will. *Albrecht* weist z. B. bezügl. des relativ geringen Anteils der expansiven Form [2]) an seinen Fällen darauf hin, daß vielleicht dem schwerblütigen Pommer die expansive Form nach seinem Charakter weniger läge als andern Bevölkerungsarten. Wenn dieses Moment bezüglich der Verlaufsart wirklich eine Rolle spielt, dann ist es auch denkbar, daß die oben erwähnten Kriegseinflüsse nicht eine so starke Reizwirkung auf eine derartige Bevölkerung ausüben wie auf den hiesigen, temperamentvollen Volksstamm mit starkem, städtisch-industriellem Einschlag. Auch die abgeschwächte Wirksamkeit der Medikamente wird bei solchem a priori ruhigeren Krankenmaterial nicht so in Erscheinung treten.

Bei den Frauen fand ich in 79,6% die demente Form (gegen 80% 1897—1914), die expansive Form in 5,6% (gegen 10%), die depressive in 9,3% (gegen 10%), die agitierte in 5,6% (gegen —). Im ganzen also ziemlich ähnliche Verhältnisse. Neu war nur das Auftreten einiger agitierter Fälle, die früher ja völlig fehlten. Einer davon fiel in die Kriegszeit. Ein Vergleich der Kriegs- und Nachkriegszeit erübrigt sich bei der überhaupt sehr geringen Zahl der erregteren Formen. Die Neigung der Paralyse bei den Frauen zu überwiegend ruhigem Verlauf dürfte eine allgemein anerkannte Tatsache sein.

VII.

Die Prüfung der Krankheitsdauer bei 134 (von 1915—27) in Tannenhof verstorbenen männlichen Paralytikern ergab folgende Verhältnisse:

---

[1]) Die Prozent-Werte sind z. Teil von mir nach den absoluten Zahlen ausgerechnet.

[2]) 18,2%.

Tabelle XII.

Männer

Es starben		1897—1914	1915—1927
innerhalb:	¼ Jahr	6 = 3,4 %	10 = 7,5 %
,,	½ ,,	6 = 3,4 ,,	11 = 8,2 ,,
,,	1 ,,	19 = 10,7 ,,	24 = 17,9 ,,
,,	1½ ,,	32 = 18,1 ,,	22 = 16,4 ,,
,,	2 ,,	24 = 13,6 ,,	17 = 12,7 ,,
,,	2½ ,,	24 = 13,6 ,,	15 = 11,2 ,,
,,	3 ,,	20 = 11,3 ,,	13 = 9,7 ,,
,,	3½ ,,	14 = 7,9 ,,	9 = 6,7 ,,
,,	4 ,,	8 = 4,5 ,,	4 = 3,0 ,,
,,	4½ ,,	4 = 2,3 ,,	1 = 0,7 ,,
,,	5 ,,	7 = 4,0 ,,	3 = 2,2 ,,
,,	5½ ,,	4 = 2,3 ,,	— = —
,,	6 ,,	3 = 1,7 ,,	— = —
,,	7 ,,	1 = 0,6 ,,	— = —
,,	8 ,,	4 = 2,3 ,,	1 = 0,7 ,,
nach	8 ,,	1 = 0,6 ,,	4 = 3,0 ,,

Es zeigt sich eine starke Zunahme der Todesfälle bis zu 1½ Jahren und eine Verminderung der Anzahl über vier Jahre um zirka 50%, wobei allerdings zu beachten ist, daß vier Fälle über acht Jahre dauerten (gegen früher 1). Von diesen 4 Fällen starben 2 innerhalb 8½ Jahren, je einer innerhalb 10 bzw. 12 Jahren. Während 1897—1914 nur 35,6%, also etwa ⅓ der Fälle, bis zu 1½ Jahren verstarben, gingen 1915—1927 in derselben Zeit 50% zu Grunde. Das stellt also eine ziemlich starke Verkürzung der Krankheitsdauer dar; die Durchschnittsdauer zeigt dementsprechend auch eine Verminderung um 4 Monate, nämlich 2 Jahre 2 Monate gegen 2 Jahre 6 Monate vor 1915. Folgende Tabelle verdeutlicht die Verhältnisse noch etwas:

Tabelle XIII.

Männer

Es starben:	1897—1914			
im 1. Krankheitsjahr	17,5 %	in 2 J. 49,2% (1.–2.)	3 J. 74,1% (1.–3.)	4 J. 86,5% (1.–4.)
,, 2. ,,	31,7 ,,			
,, 3. ,,	24,9 ,,			
,, 4. ,,	12,4 ,,			
,, 5. ,,	6,3 ,,			
nach dem 5. ,,	7,5 ,,			

Es starben:	1915—1927			
im 1. Krankheitsjahr	33,6 %	in 2J. 62,7% (1.–2.)	3 J. 83,6% (1.–3.)	4 J. 93,3% (1.–4.)
,, 2. ,,	29,1 ,,			
,, 3. ,,	20,9 ,,			
,, 4. ,,	9,7 ,,			
,, 5. ,,	2,9 ,,			
nach dem 5. ,,	3,7 ,,			

Eines weiteren Kommentars bedarf diese Aufstellung wohl nicht; sie bringt die Verkürzung der Krankheitsdauer eindeutig zum Ausdruck. Eine solche Neigung zu schnellerem Verlauf der Paralyse ist ja auch von anderen Untersuchern (u. a. *Albrecht*, *Brinkmann*) festgestellt worden. *Brinkmann* gibt z. B. für Bonn an, daß 1908—1914 die durchschnittliche Krankheitsdauer noch 2,49 Jahre betrug, während er selbst für die nachfolgende Zeit (bis 1922) nur noch $1^3/_4$ Jahre errechnet. Auch *Albrecht* findet für Ueckermünde eine starke Verkürzung, die z. B. bei der dementen Form von 1910 an einsetzt und schließlich nur noch einen Durchschnittswert von 17,8 Monaten ergibt (gegen 27,5 Monate von 1895—1909). Auch ich habe s. Zt. schon innerhalb 1897—1914 eine fortschreitende Abnahmetendenz in der Krankheitsdauer festgestellt, glaubte sie allerdings damals vorwiegend auf äußere Gründe [1]) zurückführen zu müssen. Während ich nämlich damals für 1897—1900 noch eine Durchschnittsdauer von 3 Jahren 2 Monaten fand, stellte ich in der Zeit von 1909—1914 nur eine solche von 2 Jahren, 2 Monaten fest. Vergleicht man mit diesem letzten Wert die jetzt errechnete Durchschnittsdauer, so zeigt sich kein Unterschied mehr. Auch wenn ich die jetzige Untersuchungszeit in zwei Perioden teile, ändert sich das Bild kaum. Die Durchschnittszahl für 1915—1920 ist 2 Jahre 2½ Monate, die für 1921—1927 = 2 Jahre 1 Monat. Diese Differenz von 1½ Monaten fällt kaum ins Gewicht, zumal, wenn man bedenkt, daß die Erfolge der Malaria-Therapie viele Fälle der Statistik entzogen haben (z. B. aus den letzten Jahren leben noch zahlreiche Paralytiker, bzw. sind entlassen), während andererseits relativ foudroyante Fälle (die infolgedessen nicht mehr mit Malaria behandelt wurden), dem Paralyseprozeß preisgegeben waren.

Es war nun noch von Interesse, festzustellen, wie sich die Krankheitsdauer bei den einzelnen Formen verhält.

Tabelle XIV.

Männer

Jahresperioden	Krankheitsdauer			
	Ag.	Exp.	Depr.	Dem.
1915—1920	9 Mon.	2 J. 3 M.	1 J. 6 M.	2 J. 8 M.
1921—1927	10 „	1 „ 9 „	1 „ $8^1/_2$ „	2 „ 4 „
Durchschnitt	$9^1/_2$ M.	2 J.	1 J. $7^1/_4$ M.	2 J. 6 M.

[1]) d. h. die auffallend hohe durchschnittliche Krankheitsdauer in den ersten 4 Jahren schien mir dadurch veranlaßt.

Für 1897—1914 hatte ich keine diesbezüglichen Untersuchungen angestellt, so daß mir die Vergleichsmöglichkeit mit der damaligen Zeit fehlt. In der Rangfolge der einzelnen Formen unterscheidet sich obige Aufstellung wohl kaum von den sonst in der Literatur angegebenen Resultaten, auffällig ist nur, daß die beiden am häufigsten vertretenen Formen, die zusammen $^4/_5$ aller Fälle ausmachen, in der Kriegszeit eine erheblich längere Krankheitsdauer zeigen als nachher. Das erscheint paradox, denn eher sollte man eigentlich das Gegenteil erwarten, und wenn man nicht eine zufällige Schwankung annehmen will, so wüßte ich kaum einen andern Grund dafür zu finden, als die oben erwähnte Einwirkung der Malaria-Therapie in der späteren Zeit. Bei den Frauen lassen sich wegen der geringen Zahl der Fälle (namentlich der von 1897—1914 = 20) schwer Vergleiche ziehen, auch lohnt es sich nicht, kürzere als einjährige Zeitabschnitte zur Darstellung der Verhältnisse zu wählen.

Tabelle XV.
Frauen

Es starben:	1897—1914		1915—1927	
im 1. Jahre	1 = 5 %		8 = 21,1 %	
„ 2. „	4 = 20 „	— 25 %	8 = 21,1 „	— 42,2%
„ 3. „	4 = 20 „	— 45 „	8 = 21,1 „	— 62,3 „
„ 4. „	3 = 15 „	— 60 „	10 = 26,3 „	— 89,6 „
„ 5. „	5 = 25 „	— 85 „	1 = 2,6 „	
„ 6. „	1 = 5 „		2 = 5,3 „	
„ 7. „	1 = 5 „		— = — „	
„ 8. „	1 = 5 „		— = 0 „	
Nach dem 8. „	— = 0 „		1 = 2,6 „	

Im Vergleich der beiden Gesamtperioden ergibt sich also eine ähnliche Verkürzung der Krankheitsdauer wie bei den Männern. Die mittlere Krankheitsdauer ist denn auch für 1915—1927 nur 2 Jahre 10 Monate gegen über 3 Jahre $6^7/_{10}$ Monate in der Zeit von 1897—1914. Die Verhältnisse liegen insofern etwas anders als bei den Männern, als die Verkürzung der Krankheitsdauer auch bestehen bleibt, wenn man 1897—1914 in 2 Perioden teilt, wie ich es s. Zt. — allerdings nur der Vollständigkeit halber — getan habe. Es ergab sich für 1897—1903 eine durchschnittliche Dauer von 33 J. $8^2/_5$ Monaten; für 1904—1914 eine solche von 3 Jahr $4^3/_5$ Monaten. Vergleichen mit dem jetzigen Resultat scheint sich daraus eine fortschreitende Neigung zu schnellerem Verlauf der Paralyse bei Frauen zu ergeben. Wenn größere Zahlen dahinter ständen, so könnte man in Parallele zu der anscheinend zunehmenden Häufigkeit der Frauen-Paralysen daraus vielleicht auf eine allmähliche Abschwächung der Widerstandskraft des weiblichen

Organismus gegen Paralyse schließen; so muß ich aber diese Frage dahingestellt sein lassen.

VIII.

Zum Schluß will ich noch untersuchen, wie sich die Verhältnisse bezüglich der paralytischen Anfälle und Remissionen gestalten.

Zwischen apoplektiformen und epileptiformen Anfällen habe ich, ebenso wie früher nicht unterschieden, da es zu schwierig ist, aus den Krankengeschichten die Differentialdiagnose zu stellen. Ebenso habe ich wieder nur die bis zum Tode beobachteten Fälle verwertet, da oft erst gegen Ende der Krankheit Anfälle auftraten:

Tabelle XVI.
Männer

Paralyse-Formen	Zahl der Fälle	Anfälle: Fälle mit Anfällen	Anfälle: %
Ag. Form	11	4	36,4 %
Exp. „	26	16	61,1 „
Depr. „	18	11	61,1 „
Dem. „	79	51	64,6 „
Summa	134	82	61,2 %

Am häufigsten sind also bei der dementen Form Anfälle beobachtet worden, wie es ja auch der allgemeinen Erfahrung entspricht; die expansive und depressive Form kommen freilich nahe an ihren Prozentsatz heran. Einen Vergleich mit 1897—1914 kann ich hier nicht ziehen, da ich damals die Verhältnisse bei den einzelnen Formen nicht geprüft habe. Der Durchschnittsprozentsatz für alle Fälle ist gegen früher etwas zurückgegangen; er betrug für 1897—1914 64,6%. *Kräpelin* hat ja während seiner Heidelberger Zeit einmal die Frage aufgeworfen, ob die Zahl der Fälle mit Anfällen nicht zurückginge. Für 1897—1914 konnte ich in Tannenhof etwas derartiges nicht feststellen. Zur weiteren Nachprüfung will ich die damaligen Ergebnisse mit den jetzigen vergleichen:

Tabelle XVII.
Männer

1897—1902	Anfälle	in	60,6%	der	Paralysen
1903—1908	„	„	69,2 „	„	„
1909—1914	„	„	62,7 „	„	„
1915—1920	„	„	61,8 „	„	„
1921—1927	„	„	60,3 „	„	„

Von 1903—1908 ab sind allerdings die Anfälle ständig etwas seltener aufgetreten, aber entscheidend ist das nicht, da die relativ hohe Ziffer für die Zeit von 1903—1908 sich als eine isolierte Schwankung darstellt, während die übrigen Zahlen sich nicht weit vom Anfangswert entfernen. Dieser Satz von zirka 60% entspricht auch ungefähr den von anderen Autoren gefundenen Durchschnittswerten, die meist Zahlen zwischen 50 und 60 feststellen. — Eine wesentliche Änderung in der Häufigkeit der Anfälle ist nach den obigen Ergebnissen also in Tannenhof nicht zu bemerken.

Bei den Frauen geht die Abweichung in der Häufigkeit der Anfälle in entsgegengesetzter Richtung wie bei den Männern. Sie treten während 1915—1927 bei 26 von 38 verstorbenen Paralytikerinnen auf = 68,4%, gegenüber 64,5% in der Zeit von 1897—1914. Abgesehen von der entgegengesetzten Richtung kann man die Abweichung wohl nicht als bedeutend ansehen.

Bei den Remissionen wird das Bild durch die Malariakuren sehr verwischt, die ja künstlich Remissionen herbeiführen, die sonst wohl oft nicht eingetreten wären. Schlüsse auf eine etwa der Krankheit innewohnende Tendenz zu milderem oder schärferem Verlauf kann man daher aus den gewonnenen Zahlen nicht mehr ziehen; ich begnüge mich daher, die Durchschnittszahlen anzugeben:

Bei den Männern länger dauernde Remissionen in 30 von 196 Fällen = 15,3 %.
Bei den Frauen länger dauernde Remissionen in 7 von 55 Fällen = 12,7 %.

Die Resultate von 1897—1914 waren 13,6% bzw. 6,5%.

Die Ergebnisse meiner Arbeit fasse ich zusammen wie folgt:

I. Die Häufigkeit der Paralyse der Männer hat in Tannenhof stark abgenommen, namentlich in den letzten vier Jahren; der Grund ist wahrscheinlich in der Einführung der Malaria-Therapie zu suchen. Ein auffallender Anstieg in der Kriegszeit hängt anscheinend mit äußeren Gründen zusammen.

Die Häufigkeit der Frauenparalysen zeigt eine Zunahmetendenz und übertrifft zuletzt die der Männer; das Geschlechterverhältnis in Prozenten betrug früher (1897—1914) 1 : 7,41, 1915—1927 = 1 : 4,66.

II. Die Standesverhältnisse zeigten bei beiden Geschlechtern keine wesentliche Änderung. Es zeigte sich weder bei den Männern eine demokratische noch bei den Frauen eine aristokratische Tendenz gegen früher.

III. Der Anteil der Verheirateten unter den männlichen Paralytikern hat sich auf Kosten der Ledigen noch vergrößert und beträgt jetzt 85,2%.

Bei den Frauen blieben die Familienstandsverhältnisse im wesentlichen unverändert.

IV. Das Lebensalter zur Zeit der Erkrankung erschien bei den Männern gegen früher erhöht, bei den Frauen vermindert. Ursache bei den Männern: vielleicht die Dezimierung der betr. Altersklassen im Kriege.

V. Die Inkubationszeit währte bei den Männern durchschnittlich 15,8 Jahre (1915—1927), bei den Frauen 14³/₄ Jahren. Anhaltspunkte für Einflüsse der Salvarsantherapie ergaben sich nicht.

VI. Die klinischen Verlaufsformen zeigten bei beiden Geschlechtern ähnliche Verhältnisse wie früher. Die demente Form überwog bei weitem, zeigte aber bei den Männern eine gewisse Abnahme, die wahrscheinlich durch Kriegseinflüsse bedingt ist.

VII. Die Krankheitsdauer zeigte sich bei beiden Geschlechtern gegen früher verkürzt. Bei den Männern jedoch nur gegenüber der ganzen Zeit von 1897—1914. Gegenüber der Periode 1909—1914 ergab sich keine Änderung. Die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug bei den Männern 1915—1927 2 Jahre 2 Monate, bei den Frauen 2 Jahre 10 Monate.

VIII. Die Häufigkeit der Anfälle zeigte bei beiden Geschlechtern nur geringe Abweichungen gegen früher, bei den Frauen im Sinne einer Vermehrung, bei den Männern in umgekehrter Richtung. Bei den Männern wurden Anfälle am häufigsten bei der dementen Form beobachtet.

Die Remissionen waren bei beiden Geschlechtern vermehrt.

Die gegenwärtig an der Würzburger Psychiatrischen und Nervenklinik geübte Methode der Schädel- und Hirnsektion[1].

Von

Dr. Otto Kroiss, Assistent der Klinik.

Mit 3 Abbildungen auf einer Tafel.

Der Anregung der Schriftleitung dieser Zeitschrift, eine Schilderung der in der Psychiatrischen und Nervenklinik Würzburg üblichen Technik der Schädel- und Hirnsektion zu geben, komme ich gerne nach. Gerade die große Verbreitung der Allg. Zeitschrift in den Kreisen der Anstaltsärzte läßt hoffen, daß unsere an sich durchaus einfache, besonderer Instrumentarien nicht bedürfende Methode hier Freunde gewinnen werde. Die physikalische Hirnuntersuchungsmethode kann bei jeder Leiche durchgeführt werden, die überhaupt seziert wird, ohne daß die geringsten dauernden Verunstaltungen an der Leiche eintreten; sie stört — darauf hat schon *Reichardt* stets hingewiesen — die übrigen, insbesondere die histologischen Untersuchungsmethoden des Zentralnervensystems nicht im geringsten. Dies wird jedem klar werden, der sich der Mühe unterzieht, die nachstehende Beschreibung zu lesen.

Über den Entwicklungsgang der Methode in aller Kürze nur das Folgende: Schon als *Rieger* vor gerade 50 Jahren seine Methode der „Craniometrie" ersann (veröffentlicht hat er sie 1881 auf der Frankfurter Tagung), sprach er den Gedanken aus, es könne in bestimmten Fällen einer geistigen Störung als Ursache eine Hemmung des Hirnwachstums, etwa bei vorzeitig verknöchertem Schädel (Turmschädel), also ein Mißverhältnis zwischen Schädelinnenraum und Hirngröße bzw. — Volumen zugrunde liegen. *Rieger* hatte zunächst nur an den mazerierten Schädeln, die mit Wachs abgedichtet wurden, den Innenraum bestimmt. Dieses Verfahren (zu welchem also die Leiche deka-

[1]) Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Würzburg, Direktor: Prof. Dr. *M. Reichardt.*



pitiert werden mußte) ist für klinische Zwecke selbstverständlich nicht brauchbar, es hatte aber doch einen ersten Einblick in die Verschiedenheiten der Größe des Schädelinnenraums und seines Verhältnisses zum jeweiligen Hirngewicht ergeben.

In ein neues Stadium traten die Untersuchungen, als *Reichardt* eine brauchbare Methode ausarbeitete, mit welcher es gelang, den Schädelinnenraum an jeder Leiche mit einer hinreichenden Genauigkeit zu messen. In rascher Folge entstanden nunmehr die Kenntnisse und vor allem die zahlenmäßigen Feststellungen über Hirnschwellung und Hirnschwund, Makro-, Mikro- und Hydrozephalie. Die gesamte *Reichardt*sche Lehre vom Hirndruck und vom plötzlichen Tod aus zerebraler Ursache war im wesentlichen schon im Jahre 1905 richtig konzipiert. Die Einbeziehung der Körpergröße führte zu Untersuchungen über das Hirnwachstum und lieferte zahlenmäßig ausdrückbare und vergleichbare Feststellungen über die Größe des Schädelinnenraumes als Teilerscheinung der Konstitution. Die regelmäßige Bestimmung des spezifischen Gewichts des Schädeldaches brachte eine Anzahl eigentümlicher und höchst interessanter Befunde, z. T. offenbar gleichfalls konstitutioneller Art.

Den Liquorverhältnissen an der Leiche bzw. den Flüssigkeitsverhältnissen im Schädelinnenraum war schon sehr bald Aufmerksamkeit geschenkt worden. Es gab einerseits Fälle mit Hirndruck ohne Volumenvermehrung des Hirns, nur infolge von Liquorvermehrung und andererseits fanden sich Hirndruckerscheinungen in Fällen, in denen ein eigentümliches Vermindertsein oder anscheinendes Fehlen des Liquors zu beobachten war. Aber die bis 1920 an der Klinik übliche Methode der Liquormessung hat nicht befriedigt. Von Verfasser und Strecker wurde die systematische und konsequent durchgeführte Ventrikel-Zisternen- und Lumbalpunktion an der Leiche eingeführt und zwar möglichst sofort nach dem Tode (um dem Einwand des Vorliegens postmortaler kadaveröser Hirnquellung zu begegnen).

So ergeben sich, in der Reihenfolge des Sektionsverlaufes folgende Feststellungen:

1. Die Bestimmung der Körpergröße an der Leiche (soweit die Größe nicht schon im Leben genau bestimmt war).
2. Die Bestimmung der Liquorverhältnisse an der Leiche.
3. Die Bestimmung von Schädelinnenraum und Hirngewicht.
4. Die Bestimmung von Gewicht, Volumen und spezifischem Gewicht des Schädeldachs.
5. Die Untersuchung des Hirns an Frontalschnitten.



Abb. 1. Messen der Basis.



Abb. 2. Hirn mit der Kalotte in der „Mulde“ liegend.
Es wird gerade die Teilung in der Ohrebene vorgenommen.

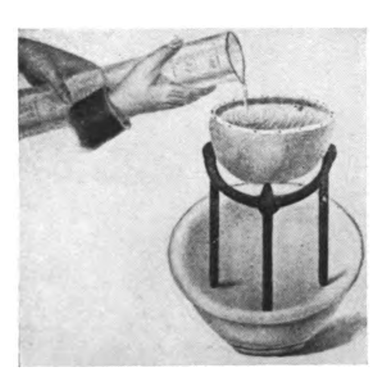


Abb. 3. Messen der Kalotte.

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 90 Tafel I.
Zu „Kroiss, Die gegenwärtig an der Würzburger Psychiatrischen und Nervenklinik geübte Methode der Schädel- und Hirnsektion.
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10.

1. Die Bestimmung der Körpergröße an der Leiche nehmen wir fast stets vor. Wir messen aber besonders stets dann, wenn sich die Messung im Leben nicht hat durchführen lassen, also bei sehr unruhigen Kranken, bei großer Hinfälligkeit im Leben usw. Die Kenntnis der Körpergröße ist notwendig, weil erst sie uns die Grundlage für die Berechnung des durchschnittlichen Schädelinnenraumes (an Hand der *Rieger*schen Tabellen) liefert.

2. Die Bestimmung der Liquorverhältnisse an der Leiche. Es ist erforderlich, die Hirnsektion vor der Sektion der übrigen Körperhöhlen vorzunehmen, damit die Flüssigkeitsverhältnisse im Schädel nicht gestört werden.

Die nun folgende Entleerung des Liquors hat vor allem den soeben genannten Zweck, dem Hirn möglichst alles „Quellungswasser" zu entziehen. Wir verbinden damit die Feststellung der im kranialen und im spinalen Subarachnoidealsack enthaltenen Liquormengen. Zu diesem Zweck nehmen wir möglichst sofort nach dem Tode eine Ventrikel-, eine Zisternen- und eine Lumbalpunktion vor. Die erstere erfolgt im Liegen: ein nicht zu breiter Drillbohrer wird zwei bis drei Zentimeter vor der frontalen Ohrebene und ebensoviel seitlich (meist links) der Medianebene durch die Haut gestoßen und das Schädeldach durchbohrt, dann wird der Seitenventrikel mit einer der gebräuchlichen Lumbalpunktionskanülen punktiert. Es genügt, nur wenige Kubikzentimeter mit der Spritze zu entnehmen, man muß sich nur überzeugen, daß die Nadel tatsächlich im Ventrikel liegt. Sie soll nämlich bei der Entleerung des Liquors sozusagen als „Spundloch" wirken. Sie bleibt deshalb bis zur Beendigung aller Punktionen offen im Ventrikel liegen. Nun wird die Leiche aufgesetzt und die Zisterne (C. cerebellomedullaris) punktiert. Zwischen Hinterhauptschuppe und Epistropheusdorn (der Atlas ist nicht palpierbar), sticht man median in Richtung gegen das Hinterhauptbein, durchsticht die Membrana atlantooccipitalis möglichst nahe am Rande das Foramen magnum und gelangt so leicht in die Zisterne. Da infolge der Eröffnung des Seitenventrikels durch die erste Punktion in der Zisterne auch im Sitzen positiver Druck herrscht, läuft der Liquor zum größten Teil spontan ab. Durch abwechselndes starkes Neigen des Kopfes vorwärts und rückwärts („Liquorpumpen" nach Graf *Haller* und *Strecker*) gelingt es, den Schädelliquor fast quantitativ zu erhalten. Man kann die ganze Prozedur sehr beschleunigen und wohl auch noch exakter gestalten, wenn man nach der Zisternenpunktion auf die Ventrikelnadel vermittels eines passenden Konus ein Gummigebläse aufsetzt, und durch vorsichtiges Einpumpen von Luft das

Innere des Schädels unter Druck setzt. Es ist erforderlich, das Liquorpumpen und das „Durchblasen“ so oft zu wiederholen, bis tatsächlich kein Liquor mehr abläuft. Jetzt hat man noch an möglichst tiefer Stelle die Lumbalpunktion vorzunehmen (mit „Liquorpumpen und Durchblasen“ ganz wie oben), um den Spinalliquor zu erhalten. Der unterhalb der Lumbalpunktionsstelle befindliche Liquor muß allerdings hierbei vernachlässigt werden. Eine einigermaßen zuverlässige Methode auch diesen zu bestimmen, ist mir nicht bekannt geworden. Schädelliquor (aus Ventrikel- und Zisternenpunktion) und Lumballiquor werden getrennt in Meßgläsern aufgefangen, die Mengen notiert und das spezifische Gewicht festgestellt. Hieran kann man leicht weitere Untersuchungen des Liquors und besonders seiner einzelnen „Portionen“ anschließen.

3. **Die Bestimmung von Schädelinnenraum und Hirngewicht.** Bevor wir nun zur Eröffnung des Hirnschädels übergehen, unterbinden wir die Halsgefäße auf beiden Seiten. Diese Unterbindung ist nötig — besonders bei frischen Stauungsleichen — um einen Zufluß von „schädelfremdem“ Blut während der Sektion möglichst zu verhindern. Es kommt hauptsächlich darauf an, die beiden Jugularvenen möglichst hoch schädelwärts abzuklemmen, wir selbst unterbinden stets das ganze Gefäßnervenbündel. Wem diese Methode zu zeitraubend erscheint, der kann die großen Venenstämme von außen komprimieren durch zwei nicht zu kleine Bindenköpfe, die er neben dem Kehlkopf beiderseits anlegt und durch eine den Hals fest umschnürende Gummibinde festhält. Bei ganz abgemagerten Leichen kann man von der Unterbindung absehen, da hier die Gefäße erfahrungsgemäß stets ganz leer sind.

Da wir grundsätzlich den Schädel in der *Riegerschen* Horizontalen aufsägen — für die Kapazitätsbestimmung an sich genügt es, die Sägelinie in irgendeine Ebene zu legen, wenn nur diese dann tatsächlich peinlichst eingehalten wird — müssen wir die sogenannten „Ohrpunkte“ am Schädel markieren. Diese werden durch die höchste Stelle des knorpeligen Ansatzes der Ohrmuschel bestimmt. Hier stoßen wir also zu beiden Seiten einen Drillbohrer ein, durchbohren den Schädel und legen auf diese Weise die Ohrpunkte am Schädel fest. Eine durch diese und die oberen Ränder der Augenhöhlen gelegte Ebene bestimmt eindeutig die *Riegersche* Horizontale am Schädel (siehe später). Mit einem Schnitt von Ohransatz zu Ohransatz über den Scheitel bzw. den Wirbel durchtrennt man die Weichteile in der üblichen Weise bis auf den Knochen, schiebt sie nach vorne seitlich, und hinten so weit ab, daß die oberen Orbitalränder, seitlich die

Bohrlöcher der Ohrpunkte und hinten der Ansatz der Nackenmuskulatur frei wird. Dann ist es nötig (am besten mit dem Quermeißel), die Kalotte von allen Weichteilresten zu reinigen und zwar möglichst weit herunter, damit die der *Riegerschen* Horizontalen entsprechende Sägelinie möglichst frei zu liegen kommt.

Das Markieren der Sägelinie, der *Riegerschen* Horizontalen, auf dem Schädel gelingt am einfachsten und sichersten, wenn man als „Lineal" ein biegsames Stahlband benützt; dieses legt sich leicht um und an den Schädel. Bringt man die sich überlagernden Enden genau zur Deckung, dann liegen die Kanten in jeweils einer Ebene. Wir benützen ein solches 3 cm breites Band aus dem *Riegerschen* Craniometrie-Instrumentarium mit einer zwangsläufigen Führung vermittels eines Schraubenschlosses. Mit Hilfe dieses Instrumentes zeichnen wir mit Tinten- oder Fettstift die durch beide oberen Orbitalränder und die Ohrpunkte gehende Sägelinie. In dieser wird vermittels einer Bogensäge der Schädel eröffnet. Gerade hier kommt es auf genaues Arbeiten an. Liegt die Sägelinie einigermaßen genau in einer Ebene, dann müssen auch die Kapazitätsbestimmungen der Kalotte und der Basis richtig werden. Ist die Sägelinie jedoch ungenau, dann werden sich größere oder kleinere Fehler nicht vermeiden lassen. Hier ist Geduld und Exaktheit unbedingt erforderlich. „Die Frage einer konsequenten Kapazitätsbestimmung an der Leiche ist in erster Linie eine Frage der Technik des Schädelaufsägens", sagt *Reichardt*, und *Rieger* dichtet scherzhaft: „Am guten Sägen ist alles gelegen" und „Säge schweigend, säge stumm; sägst du schwatzend, sägst du krumm". Es ist darauf zu achten, daß alle aus dem Schädelinnern absickernde Flüssigkeit gesondert aufgefangen wird. Am leichtesten wird dies erreicht dadurch, daß man kopfwärts die Leiche soweit vorschiebt, daß die Sägelinie über den Tischrand hervorragt, und ein Gefäß unterstellt. Die Dura wird mit durchsägt. Das Gehirn wird in der Kalotte liegend herausgenommen. Die Hirnnerven werden von vorne nach okzipitalwärts in der üblichen Weise durchtrennt, ebenso die Falx und das Tentorium (möglichst wenige Sinus eröffnen!). Das Rückenmark trennt man, am besten mit dem Myelotom, in der Höhe des Foramen magnum.

Wer die Sektion ganz nach unserer Technik ausführen will, achte darauf, daß vor dem Wegnehmen der Kalotte die beiden „Ohrpunkte" an dieser sichtbar sind, nötigenfalls markiere man sie mit Tintenstift.

Nach Herausnahme der Hypophyse kann man dazu übergehen, den Inhalt der Schädelbasis zu messen. Das Abdichten geschieht

am besten mit Vaseline, Glaserkitt oder stark angefeuchteter, gekneteter, plastischer Zellstoffwatte. Zu dichten sind vor allem das Foramen magnum, die Sinus, soweit sie eröffnet sind und manchmal die Siebbeine; ferner die Durchschnittsstelle der Iugulares der Carotiden; ausgefüllt müssen werden die Sella turcica und, wenn sie angesägt worden sind, die Stirnhöhlen. Alle Abdichtungen halten erfahrungsgemäß am besten, wenn die Dura der Basis vorher gut abgetrocknet worden ist. (Am saugkräftigsten ist Zellstoffwatte!) Die Messung der Schädelbasis erfolgt vor Herausnahme der Dura.

Ein Gehilfe stützt die Leiche so, daß die Sägefläche möglichst horizontal liegt (cf. Abb. Nr. 1), der Obduzent gießt aus einem Meßglas Wasser in die Basis ein. Ein solches von 500 ccm Inhalt genügt so gut wie immer. (Es ist vielleicht nicht ganz überflüssig mitzuteilen, daß wir zum Messen der Basis und der Kalotte ausnahmslos Meßgläser benützen, bei denen der Nullstrich sich oben befindet, herausgegossene Mengen also ohne weiteres abgelesen werden können). Der entstehende, nach oben konvexe Meniskus wird kaum zu größeren Fehlern Anlaß geben, da ja einerseits die Sägefläche nie ideal horizontal liegt, andererseits hat man ja durch das Sägen aus dem knöchernen Schädel ein, wenn auch niedriges Segment entfernt. Hierdurch verringert man den Schädelinhalt um etwa 25 bis 30 ccm [1]). Die Messung der Basis wiederholen wir solange, bis wir drei auf mindestens zehn Kubikzentimeter gleiche Resultate haben. Aus diesen errechnen wir den Inhalt. Bei jeder Messung ist auf die „Konstanz des Wasserspiegels" zu achten, d. h. zwei Minuten lang nach dem Eingießen darf noch keine merkliche Senkung des Wassers zu beobachten sein; dies wäre ein Zeichen dafür, daß nicht alle Teile gedichtet sind und müßte zu einer Kontrolle Veranlassung geben. Es empfiehlt sich, zwischen den einzelnen Bestimmungen die Lage der Leiche und besonders der Schädelbasis nicht wesentlich zu verändern, damit nicht die Abdichtungen — besonders am Hinterhauptsloch — geschädigt werden. Man entfernt deshalb am besten das Wasser mittels eines Schlauchhebers und eines Schwammes aus der Basis.

Jetzt löst man, soweit dies möglich ist, die Dura aus der Basis (Durazange) und wägt sie.

Die Kalotte mit Hirn und Dura hat man inzwischen so zu lagern, daß etwa noch aussickernde Flüssigkeit (Blut und Liquor) aufgefangen und gemessen werden kann. Wir benützen zu diesem Zwecke einen Holzklotz, in dessen oberer Fläche eine muldenförmige Vertiefung

[1]) Durchschnittlicher, planimetrisch gemessener Flächeninhalt der Horizontalen 180 qcm, Höhe des ausgesägten Segmentes 1,5 mm.

angebracht ist für die Kalotte. In der Mulde sammeln wir alle auch während der weiteren Bearbeitung absickernde Flüssigkeit.

Wir zerlegen nun durch einen Frontalschnitt, der durch die beiden Ohrpunkte geht und auf der Sägeebene also der *Riegerschen* Horizontalen, senkrecht steht, das Hirn in zwei Teile (NB. Noch in der Kalotte, siehe Abb. 2), nehmen diese heraus und wägen sie getrennt. Auch hierbei wird man darauf achten, daß alle noch vorhandene Flüssigkeit gemessen wird; man entleert am besten die vom Hirn abtropfende Flüssigkeit in die Mulde, ebenso die aus der Kalotte.

Wenn man die Leichenpunktionen richtig vorgenommen hat, dann beträgt die ganze hierbei aufgefangene Menge des Blut-Liquorgemisches nur wenige Kubikzentimeter. Meist handelt es sich um reines Blut, da es ja wie schon erwähnt, bei einiger Sorgfalt gelingen muß, allen Liquor durch die Punktionen zu erhalten. Auch die Blutmenge ist gering, nur bei ganz besonderen Zuständen (akuten Todesarten, Stauungsleichen usw.) tritt eine große Blutmenge in Erscheinung.

Die Messung des Inhalts der Kalotte nehmen wir doppelt vor: einmal mit und einmal ohne Duraauskleidung. Vor allem ist eine gründliche Dichtung des knöchernen Schädeldaches erforderlich. Man verstopfe das Bohrloch für die Ventrikelpunktion, die beiden foramina parietalia, klaffende Nähte usw. mit Glaserkitt. Nun gilt es, die Kalotte mit möglichst horizontaler Sägefläche aufzustellen: In eine kleine durchgewölbte Waschschüssel stellen wir einen Dreifuß und auf diesen legen wir mit annähernd horizontaler Sägefläche die Kalotte. (Siehe Abbildung Nr. 3). Durch Verschieben des Dreifußes auf dem Boden der Schüssel gelingt es leicht, ohne Erschütterung die Kalotte nach allen Seiten zu neigen; als Wasserwage dient das eingegossene Wasser selbst. Auch hier verlangen wir wieder drei auf 10 ccm gleiche Messungsresultate; die übrigen Messungen vernachlässigen wir, gehen also nach dem „Dichtigkeitsmittel“. Nach Herausnahme der Dura wiederholen wir die Messung nochmals in sonst ganz der gleichen Weise. Beide Messungen kontrollieren sich gegenseitig, da die Differenz zwischen ihnen einigermaßen dem Duravolumen entsprechen muß (leicht zu errechnen aus dem Gewicht der Dura der Kalotte und dem 1100 — gegen Wasser = 1000 — betragenden spezifischen Gewicht.

Damit sind alle Messungen und Wägungen erledigt, die uns eine Bilanz des Schädels und seines Inhalts ermöglichen sollen.

Die Berechnung: Schädelinnenraum mit Duraauskleidung

erfolgt einfach durch Addition der entsprechenden Zahlen für Basis und Kalotte.

Schädelinnenraum ohne Duraauskleidung: Kalotteninhalt ohne Dura ist bekannt. Die Inhaltszahl der Basis (die sich aus technischen Gründen an der Leiche nicht einfach messen läßt) errechnet sich aus der Summe: Basis mit Dura und Duravolumen (Gewicht der Dura durch spezifisches Gewicht der Dura [= 1,100]).

Das Hirngewicht ist gegeben durch die Wägung der vorderen und der hinteren „Hälften".

Das Hirnvolumen läßt sich errechnen aus dem Gewicht und dem durchschnittlichen spezifischen Gewicht des menschlichen Gehirns (= 1,038):

$$\frac{\text{Hirn-Gewicht} \, . \, 1{,}000}{1{,}038} = \text{Hirn-Volumen}$$

Die Differenzzahl = Schädelinnenraum (ohne Dura) minus Hirngewicht, ausgedrückt in Prozenten des Schädelinnenraumes; sie beträgt normalerweise etwa 10.

Übersicht über die Hirndruckverhältnisse im Sinne *Reichardts* gewährt die sogenannte Bilanz: Unterschied zwischen Schädelinnenraum mit Dura und dem tatsächlich gemessenen Inhalt (Hirnvolumen, durch Punktion des Seitenventrikels und der Zisterne gewonnener Liquor, bei der Sektion etwa noch aufgefangene Flüssigkeit).

Das Verhältnis des individuellen Schädelinnenraums (ohne Dura) zum durchschnittlichen Schädelinnenraum wird ebenfalls in Prozenten ausgedrückt. Der für die jeweilige Körpergröße normale durchschnittliche Schädelinnenraum findet sich auf der am Schlusse der Arbeit stehenden *Rieger*schen „Tabelle der Durchschnittswerte, des Körpergewichts, Schädelinnenraums, Kleinhirngewichts für die einzelnen Körpergrößen bei Erwachsenen."

4. Die Bestimmung von Gewicht, Volumen und spezifischem Gewicht des Schädeldachs. Zu diesem Zweck muß die Kalotte von allen Weichteilen peinlichst gesäubert werden. Es wird ihr Gewicht in der Luft bestimmt, dann wird sie unter Wasser gewogen. Diese Wägung ist am einfachsten mit der *Reichardt*schen Hirnwage durchzuführen, ein ähnliches Instrument läßt sich jedoch leicht improvisieren. Der Gewichtsverlust unter Wasser gibt das Volumen der Kalotte an, und aus dem Quotienten: absolutes Gewicht zu Volumen läßt sich das spezifische Gewicht der Kalotte ersehen.

5. Die Untersuchung an Frontalschnitten. Frühestens zwei Tage, nachdem das Gehirn in der üblichen 10prozentigen Formollösung gelegen hatte, zerlegen wir es in Frontalschnitte von 1 cm

Dicke, also parallel dem ersten Schnitt, mit dem wir das Hirn zerlegt haben. Ein einfaches Makrotom genügt, es läßt sich auch leicht improvisieren. Diese Schnitte geben einen guten Überblick über das Gehirn. Wir photographieren regelmäßig die Frontalschnitte in natürlicher Größe und von ihrer okzipitalen Seite. So können dann am einfachsten vergleichbare Messungen (Größe einzelner Hirnteile, Weite der Ventrikel, atrophische und hypertrophische Prozesse usw.) vorgenommen werden.

Die *Rieger*schen Tabellen.

Durchschnittswerte des Körpergewichtes, Schädelinnenraumes, Kleinhirngewichtes für die einzelnen Körpergrößen bei Erwachsenen.

Körpergröße cm	Körpergewicht kg	Schädelinnenraum ccm	Kleinhirngewicht g	Körpergröße cm	Körpergewicht kg	Schädelinnenraum ccm	Kleinhirngewicht g
130	30	1045	110	158	55	1485	145
131	31	1070	115	159	57	1510	145
132	31	1100	120	160	58	1530	150
133	31	1100	120	161	60	1550	150
134	32	1110	125	162	60	1550	150
135	33	1120	125	163	61	1560	150
136	33	1150	125	164	62	1570	150
137	34	1180	125	165	63	1585	150
138	34	1190	125	166	63	1585	155
139	35	1200	125	167	64	1600	155
140	35	1210	125	168	64	1610	155
141	36	1220	125	169	65	1620	155
142	36	1230	130	170	66	1630	160
143	37	1250	130	171	66	1640	160
144	38	1265	130	172	66	1660	160
145	39	1275	130	173	67	1670	160
146	40	1290	135	174	68	1690	160
147	41	1310	135	175	69	1715	170
148	42	1320	135	176	70	1730	170
149	43	1340	135	177	71	1740	170
150	44	1365	135	178	72	1760	170
151	45	1375	135	179	73	1780	170
152	46	1385	135	180	75	1810	180
153	46	1385	140	181	76	1840	180
154	49	1410	140	182	77	1870	180
155	51	1420	140	183	79	1925	190
156	52	1440	140	184	81	1980	190
157	54	1460	145	185	83	2000	200

Vor dem Anlegen der Frontalschnitte wägen wir nochmals beide Hirnhälften, da uns die Zunahme des Gewichts in der Formollösung

während dieser Zeit interessiert. (Die Formolquellung ist nach *Reichardt* und *Strecker* eine individuelle Hirnreaktion). Jetzt können auch die zur histologischen Untersuchung erforderlichen Stücke ausgeschnitten werden.

Damit ist die Sektion beendet. Ihre Durchführung ist, wie gesagt, nicht so schwierig und auch nicht so langwierig wie es auf den ersten Blick erscheinen könnte. Jedenfalls steht fest, daß es bei gehöriger Sorgfalt mit dieser Methode gelingt, den Schädelinnenraum mit genügender Sicherheit zu messen und so die Grundlage zu gewinnen für die übrigen Messungen und Wägungen. Unsere physikalische Hirnuntersuchungsmethode hat schon zu einer erheblichen Zahl neuer Erkenntnisse geführt; darauf habe ich in der Einleitung schon hingewiesen. Dem Interessierten steht ein Vordruck für das Sektionsprotokoll gern zur Verfügung.

Verzeichnis der einschlägigen Literatur:

1. *Rieger*: Über Craniometrie und ihren Wert für die Psychiatrie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 38. 1882. S. 697.
2. *Derselbe*: Eine exakte Methode der Craniographie. Jena, G. Fischer. 1885.
3. *Derselbe*: „Die Meßstange". Arb. a. d. Psych. Klinik zu Würzburg. Heft 9. 1918.
4. *Reichardt*: Zur Entstehung des Hirndrucks bei Hirngeschwülsten und über eine bei diesen zu beobachtende besondere Art der Hirnschwellung. D. Ztschr. f. Nhkd. 28. 1905. S. 306.
5. *Derselbe*: Über Knochenveränderungen bei progressiver Paralyse. Centralbl. für Psychiatrie und Nervenheilkunde. 1906. S. 705.
6. *Derselbe*: Hirnschwellung. Referat a. d. 2. Kriegstagung. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 75. S. 34. 1918.
   Hier die wesentliche Literatur bis 1918.
7. *Derselbe*: Vorzeitige Schädelnahtverknöcherung, Hirnschwellung und plötzlicher Tod. Viertelj.-schr. f. g. Med. 61. 1919.
8. *Derselbe*: Die Anlageforschung in der Psychiatrie. Ztschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. Bd. 84. 1923. S. 561.
9. *Apelt*: Der Wert der Schädelkapazitätsmessungen und vergleichenden Hirngewichtsbestimmungen für die innere Medizin und die Neurologie. D. Ztschr. f. Nhkde. Bd. 35. S. 306. 1908.
10. *Derselbe*: Weitere mikroskopische u. physikalische Untersuchungen zur Frage der Hirnschwellung. D. Ztschr. f. Nhkde. Bd. 39. S. 119. 1910.
11. *Schüller* u. *Pötzl*: Über letale Hirnschwellung bei Syphilis. Ztschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. 1910. Org.-Bd. 3. S. 139.
12. *Jüngster*: Über die Bedeutung des Mißverhältnisses von Schädelkapazität und Hirnvolumen. Diss. med. Würzburg 1912.

13. *Barbieri* u. *Carbone*: Biochemische Untersuchungen über Hirnschwellung. Biochem. Ztschr. 49. 1913. S. 293.
14. *Bruns*: Klinik der Hirngeschwülste. Neue deutsche Chirurgie 12. 1914 S. 18.
15. *Liesegang* u. *Mayr*: Die Physik und Chemie der Hirnschwellung. Erg. d. Neurol. u. Psych. (Vogt u. Bing) 2. 9. 2. S. 157.
16. *Rosenthal*: Zur Methodik der Schädelkapazitätsbestimmung mit Hinsicht auf einen Fall von Hirnschwellung bei Katatonie. N. C. 33. 1914 S. 738 u. 809.
17. *Derselbe*: Intravitale und postmortale Hirnschwellung, ebenda S. 1085.
18. *Rudolph*: Untersuchungen über Hirngewicht u. Schädelkapazität. Zieglers Beitr. 58. 1914. S. 48.
19. *Panofsky* u. *Stämmler*: Untersuchungen über Hirngewicht und Schädelkapazität nach der Reichardt'schen Methode. Frankf. Ztschr. f. Pathologie. Bd. 26. H. 3. 1922.
20 *Schultze, W. H.*: Über Messungen des Liquor cerebrospinalis an der Leiche = Verhandl. der Deutschen Pathol. Ges. 19. Tagung. 16.—18. April 1923.
21. *Derselbe*: Über Gehirnschwellung. M. m. W. 1928 Nr. 21. S. 896.
22. *Böning, H.*: Zur Kenntnis des Spielraums zwischen Gehirn und Schädel. Ztschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. Bd. 94, 1925. S. 72.
23. *Strecker*: Untersuchungen über die physikalischen Liquorverhältnisse an der Leiche sowie über das postmortale Quellungsvermögen des Gehirns usw. Zentralbl. f. d. g. Neurol. u. Psych. 40. 1925. S. 360.
24. *Brandes*: Liquorverhältnisse an der Leiche und Hirnschwellung. Frankf. Ztschr. f. Pathol. 35. Band. 1927.
25. *Henschen*: Über Ursachen des postkommotionellen und postkontusionellen Hirndrucks, insbesondere über Hirnödem, Hirnschwellung u. Hirnverkleinerung nach Schädelverletzungen. Zentralbl. f. Chir. 1927. Nr. 50. S. 3169.
26. *Inglessis* u. *Strecker*: Über Quellungsversuche an Tiergehirnen. Zeitschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. Bd. 91. S. 617. 1924.
27. *Scheele*: Über das Verhältnis zwischen Gehirnvolumen und Schädelinnenraum sowie über Hirnquellungsversuche. Ztschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. Bd. 106. S. 546. 1926.

Kleinere Mitteilungen.

Der Deutsche Verein für Psychiatrie stellt folgende zwei **Preisaufgaben:**

1. Die medikamentöse Therapie der Geisteskrankheiten,
2. Über Anstaltsartefakte bei Geisteskranken und ihre Beseitigung.

Preis je 600 M.

Bewerber, die Mitglied des Deutschen Vereins für Psychiatrie sein müssen, wollen ihre Arbeit bis zum 1. November 1929 unter einem Kennwort an den Schriftführer: Professor Dr. *Ilberg* in Dresden-Blasewitz, Schubertstraße 41 einsenden und in einem mit demselben Kennwort versehenen, verschlossenen Kuvert ihren Namen und ihre Adresse bekannt geben.

Die preisgekrönten Arbeiten sollen im Vereinsorgan: der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie veröffentlicht werden.

Als eine ganz großzügige Errungenschaft, als ein Standardwerk unserer Wissenschaft begrüßt die Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie das von *Oswald Bumke* herausgegebene Handbuch der Geisteskrankheiten, das in nicht weniger als 10 Bänden im laufenden Jahre in J. Springers Verlag fertiggestellt werden wird. Wenngleich *Kraepelin* sich bei der Herausgabe seines Lehrbuches der Mitarbeit seiner Schüler bediente, so stützte sich doch jedes Kapitel auf seine eigenen reichen Erfahrungen und bekundete seine persönliche Stellungnahme gegenüber allen auftauchenden Fragen. Für Erhaltung der Einheitlichkeit eines Lehrbuchs ist das gewiß von Bedeutung. Aber bei der Vertiefung, welche die Sondergebiete der Psychiatrie in den letzten Jahren erfahren haben, kann ein Einzelner über das Gesamtgebiet nur einen mehr oder weniger genauen Überblick behalten. Deshalb wird, wie *Aschaffenburg*s hervorragendes Sammelwerk, auch *Bumke*s Handbuch von einem Generalstab von Spezialforschern zusammengestellt — ich zähle in der Inhaltsübersicht 54 der besten Namen unseres Faches. Bei dem Reichtum der Produktion auf dem Gebiet der Psychiatrie und Neurologie ist ein die Forschungsergebnisse zusammenfassendes Handbuch, in welchem die zahlreichen Arbeiten der Fachzeitschriften und die Vorträge auf den Versammlungen mit den eigenen Forschungen des Spezialberichterstatters kritisch verarbeitet werden, für alle Lernenden und Weiterarbeitenden eine Notwendigkeit.

Der allgemeine Teil der Psychiatrie wird in 4 Bänden dargestellt. I. Bd. Professor *O. Bumke*, der die gesamte Psychiatrie, Hirnpathologie und Neurologie von der hohen Warte der Psychologie mit bewundernswerter Klarheit übersieht, ist der kritische Organisator des Handbuches, leitet dieses mit einem „Ausblick über Ziele, Wege und Grenzen der psychiatrischen Forschung" glänzend ein und hofft, daß dieses Werk vollständig und übersichtlich über den Stand unseres Wissens berichten, zugleich aber mithelfen möchte, einen neuen und höheren Standpunkt möglichst schnell zu erreichen. *Birnbaum* skizziert die Geschichte der psychiatrischen Wissenschaft und berichtet über die neuzeitlichen psychiatrischen Anschauungen. Im Kapitel über die Ursachen der Geisteskrankheiten hat

Entres die Vererbung und Keimschädigung trefflich behandelt. Über im Leben erworbene körperliche und psychische Ursachen schreiben *Korbsch* und *Kehrer*, letzterer auch über die Strukturanalyse. Die allgemeine Symptomatologie ist in den Aufsätzen von *Mayer-Groß*, *Stein*, *Kurt Schneider* und *Jahrreis* über Pathologie der Wahrnehmung, des Gedächtnisses, Denkens und Bewußtseins dargestellt. In einem Artikel über die Störungen des Gefühlslebens teilt *Kretschmer* sein sehr wertvolles Psychobiogramm für kriminologische, differentiell psychologische und psychiatrische Typenforschung mit, das von der Laupp'schen Buchdruckerei in Tübingen bezogen werden kann. Auch die allgemeine Temperamentskala *K*.s ist von besonderem Interesse. *Stertz* erwähnt in dem Kapitel: „Störungen der Intelligenz" die gebräuchlichen Methoden der Intelligenzprüfung und beschäftigt sich mit den Demenztypen als Folgezuständen von Krankheiten im klinischen Sinn. Der III., mit nicht weniger als 77 vortrefflichen Abbildungen ausgestattete Band ist den körperlichen Störungen gewidmet: *Georgi* gibt die moderne Körperbaulehre sehr anschaulich wieder, zeigt ihre große wissenschaftliche Bedeutung, nicht ohne auf die Kritik, die sie gefunden hat, einzugehen. (Sicher ist, daß die pyknischen Körperbauelemente beim manisch-depressiven Irresein stark über die leptosom-athletischen überwiegen; dysplastische Anzeichen fehlen hier fast vollständig. Dagegen überwiegen in der schizophrenen Gruppe die leptosom-athletischen Körperbautypen stark über die pyknischen; dysplastische Merkmale kommen hier häufiger vor). Bei der immer zwingender werdenden innigen Zusammengehörigkeit der Psychiatrie und der Neurologie in Wissenschaft und Praxis ist die ausgezeichnete Darstellung der neurologischen Störungen bei Geisteskrankheiten aus der Feder *Rosenfeld*'s ein großer Vorteil für das neue Handbuch; in diesem Kapitel fehlen die Stirnhirn-, Balken-, Ventrikel- und Migränesyndrome selbstverständlich nicht. Ebenso wertvoll sind die Abschnitte über Puls und Blutdruck, vasomotorische Störungen und Blutverteilung von *Küppers*. (In den melancholischen wie in den manischen Phasen des manisch-depressiven Irreseins besteht eine deutliche Tendenz zur Blutdruckerhöhung, bei erregten Manischen und Melancholischen stärker, als bei den Ruhigen, bei den Melancholischen stärker als bei den Manischen. Bei dementia praecox handelt es sich in der Regel um normale und subnormale Blutdruckwerte neben mittleren und niedrigen Pulszahlen. Erregte Schizophrene zeigen keine Blutdruckerhöhung. In den Stuporzuständen der Manisch-Depressiven kommen auffallend tiefe Werte nicht vor. Die Blutdruckwerte bei dem Stupor der Schizophrenen sind zuweilen unter der Norm). Es folgen eine Darstellung des Körpergewichtes bei verschiedenen Psychosen, Abhandlungen über das endokrine System und über den Stoffwechsel von *Wuth*. (Was die hypothetisch so oft vermuteten, bezw. übertrieben bewerteten Veränderungen der endokrinen Drüsen bei Psychosen anbelangt, so kommt *W*. zu recht skeptischen Folgerungen; haben doch weder alle therapeutischen Versuche, noch die pathologisch-anatomischen Untersuchungen bisher Beweise für eine ursächliche Bedeutung endokriner Störungen für die Genese der Hauptgruppen von Psychosen erbracht. Jedenfalls sind Psychosen bei tatsächlich endokrinen Störungen keineswegs häufig. Mit Recht klagt *W*., daß es, wenn man das ganze große vorliegende Material betrachtet, etwas Bedrückendes hat,

daß soviel Arbeit so wenig Resultate gezeitigt hat). Den Schluß dieses Bandes bildet die Serologie der Geisteskrankheiten von *Kafka*. *K*. erläutert hier die Methoden und Ergebnisse der Serologie und schildert auf Grund seiner großen eigenen Erfahrung die Untersuchung des Blutes im ganzen, der Blutkörperchen, des Blutplasmas. des Blutserums und Liquors. Er verlangt die systematische Verfolgung des einfachsten humoralen Phänomens ohne diagnostische Voreingenommenheit und gibt auch das Schema eines humoral-pathologischen Status. Seiner Überzeugung nach sind die humoralen Reaktionen dazu berufen, in das biologische Geschehen der Psychosen hineinzuleuchten und werden es ermöglichen, eine Patho-Physiologie der Psychosen aufzubauen. So hofft er, daß man die Diagnostik einmal auf exaktere Grundlagen stellen und prognostische Schlüsse ziehen kann, so daß als Letztes die Therapie der Psychosen aus dem Zufallsspiel der heutigen Zeit herausgehoben und ätiologisch wirksam werden kann. *G. Ilberg*.

Unter Mitarbeit von zahlreichen Gelehrten geben *Bostroem* und *Joh. Lange* eine neue Zeitschrift: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete seit Januar 1929 im Verlag von Georg Thieme Leipzig heraus. Da sich das Schrifttum der Neurologie und Psychiatrie gegenwärtig ins Ungemessene ausdehnt, ist es sehr zu begrüßen, daß in den „Fortschritten" jeweils die gleichen, besonders geeigneten Sachverständigen in jedem Jahr die wichtigsten Ergebnisse des einzelnen Sondergebietes zusammenfassen, jedoch prinzipiell nur das Wesentliche, Gesicherte und Fruchtbarsystematische herausholen wollen. So wird es den Fachgenossen und nicht nur ihnen möglich sein, einen Überblick über den gesamten Stoff in regelmäßig erscheinenden Übersichtsreferaten zu erhalten. Das erste Heft, in dem *Guttmann*-Münden über Myelitis, Myelographie, Rückenmarkstumoren und Wirbelsäule, *Kronfeld*-Berlin über Fortschritte der Psychotherapie und *Ewald*-Erlangen über manisch-depressives Irresein und Schizophrenie sehr anschaulich und kritisch berichten, macht einen ausgezeichneten Eindruck, so daß man dem Unternehmen, an dessen Spitze besonders fachkundige Männer stehn, alles Vertrauen entgegenbringen kann. *G. Ilberg*.

Der vierte allgemeine ärztliche Kongreß für Psychotherapie findet vom 12.—14. April in Bad Nauheim statt. Anfragen an Dr. *Cimbal*-Altona, Allee 87 und über persönliche Angelegenheiten an Dr. *Haeberlin*-Bad Nauheim.

Personalia.

Verstorben: Geheimer Sanitätsrat Dr. *Hans Laehr*, der verdienstvolle frühere Herausgeber dieser Zeitschrift.

Zum Professor ernannt wurde Dr. *Trömner*, Chefarzt am Krankenhaus St. Georg in Hamburg.

Es habilitierten sich an der Universität Zürich Dr. *Karl Walthars* für Neurologie, an der Universität Tübingen Dr. *Heidenhain* für Psychiatrie und an der Universität Halle Dr. *von Stockert-Meynert*, ein Enkel *Theodor Meynerts*, ebenfalls für Psychiatrie.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Berlin-Dahlem, **KLEIST**-Frankfurt a. M.

DURCH

GEORG ILBERG

DRESDEN

MIT BEILAGE

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

NEUNZIGSTER BAND

DRITTES BIS FÜNFTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 10. MAI 1929





BERLIN UND LEIPZIG 1929

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

Inhalt.

3/5. Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie“ mit der Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene“ kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hefte alle 4 Wochen zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene“ erscheint nur alle 8 Wochen, also 6 mal im Jahre. Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der Verein entgegennimmt, wird die gesamte Zeitschrift für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den Herausgeber Geheimrat Professor Dr. med. G. Ilberg in Dresden-Blasewitz, Schubertstr. 41.

Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg. Med. Rat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

Die Herren Mitarbeiter erhalten für Originalbeiträge M. 24.— Honorar für den Druckbogen und 25 Sonderdrucke kostenlos; Vereins- und Versammlungsberichte, von denen dem Generalberichterstatter 25, den einzelnen Referenten je 12 Sonderdrucke kostenlos geliefert werden, werden nicht honoriert. Für eine weitere Zahl von Sonderdrucken werden die Selbstkosten berechnet.

Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt.

2. Teil[1]). Erfahrungen und Gedanken eines praktischen Psychiaters zur Psychotherapie der Geisteskrankheiten.

Von
Dr. **Hermann Simon**, Direktor der Provinzialheilanstalt Gütersloh.

Die drei großen Schädlichkeiten, die unsere Geisteskranken in der Anstalt bedrohen und denen unsere Therapie fortgesetzt entgegenarbeiten muß, sind die Untätigkeit, das ungünstige Anstaltsmilieu und die grundsätzliche Unverantwortlichkeit. Alle drei gehören sie unmittelbar und untrennbar zusammen. Wie sehr die Beseitigung der Untätigkeit das Anstaltsmilieu verbessert, ist im ersten Teil dieser Arbeit dargelegt; in der gleichen Richtung wirkt das zielbewußte Aufgeben der grundsätzlichen Unverantwortlichkeit.

Wie die Bedeutung der Beschäftigung, so ist auch die Umweltwirkung auf die Geisteskranken längst von den Irrenärzten erkannt und wird gerade in neuester Zeit wieder öfter hervorgehoben. Aber in ihrer ganzen Tragweite für die Entwicklung des psychischen Krankheitsbildes wird sie doch in der Anstaltspraxis noch lange nicht genug gewürdigt. Auch hier bringen also meine Ausführungen grundsätzlich Neues nicht; aber sie sollen zeigen, daß durch aktiveres und vielleicht auch zielbewußteres Vorgehen noch manches zu erreichen ist, was bisher zum mindesten nicht überall für erreichbar galt. Welche Art von Umwelt findet nun der in die Anstalt aufgenommene Kranke vor? Da ist zunächst die Anstalt selbst in ihrer baulichen Ausgestaltung und ihren Einrichtungen; große und günstige Veränderungen haben uns da die letzten Jahrzehnte — bei den verschiedenen Anstalten allerdings in erheblicher Abstufung — gebracht. Vielerorts weichen die Aufenthalts- und Schlafräume, auch auf den Abteilungen für unruhige und schwer zu behandelnde Kranke, von behaglichen, hygie-

[1]) S. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 87, S. 97—145.

nisch einwandfreien Verhältnissen eines allgemeinen Krankenhauses oder auch einer bürgerlichen Wohnung kaum ab. Man ist bemüht, durch helle Farben, Bilderschmuck, Blumen, geschmackvolle Möbel, Vorhänge usw. den Eindruck des Anstaltsmäßigen zu mildern.

Zweifellos bleiben schon diese Äußerlichkeiten nicht ganz ohne Wirkung auf das Gemütsleben der Bewohner: fühlen wir uns nicht selbst schon in einer freundlichen und heiteren Umgebung wohler, als in einer düsteren und nüchternen? Viel mehr noch als der erwachsene, selbstbeherrschte und durch wichtigere Lebens- und Berufsaufgaben in Anspruch genommene Gesunde ist der geistig Geschwächte und der Geisteskranke Stimmungen unterworfen, von äußeren Einflüssen abhängig, da ihm ja die innere sichere Selbstführung mehr oder weniger durch die Krankheit abhanden gekommen ist. Ganz unwillkürlich nimmt sich auch der weniger kultivierte, ethisch (seis aus Veranlagung oder mangelnder Erziehung oder infolge geistiger Erkrankung) tieferstehende Mensch in einer schönen und freundlichen — „feineren“ — räumlichen Umgebung mehr zusammen; die Umgebung „färbt auf ihn ab“. Diese Erfahrung haben alle Anstalten gemacht, die auch auf ihren unsozialsten Abteilungen ohne die früher übliche Furcht vor der „Zerstörungswut der Kranken“ kühn mit besserer Ausmöblierung und Ausschmückung vorgegangen sind.

Als drastisches Beispiel dafür möchte ich nur anführen: Seit über 15 Jahren haben wir auch auf den Aufnahme- und Überwachungsabteilungen für die unsozialsten Frauen lange Tüllgardinen an den Fenstern und zahllose blühende Blumenstöcke überall umherstehen. Die störendsten und gewalttätigsten Kranken, die frisch aufgenommen und noch durch keine Therapie beeinflußten, bewegen sich in diesen (von je 30—40 Kranken bewohnten) Räumen; und es ist bis jetzt noch nicht ein einziges Mal vorgekommen, daß eine Gardine absichtlich herabgerissen oder beschädigt worden wäre. Daß ein Blumenstock böswillig beschädigt wird, kommt nur sehr selten (in der ganzen Anstalt im Jahre 3—4 mal) vor. Gewiß beobachten wir auch heute noch gelegentlich Neigungen einzelner Kranker zum Zerstören; aber so gut wie nie vergreifen sich diese Kranken an den Gegenständen einer besseren, freundlicheren Ausschmückung, sondern nur an den täglichen Gebrauchsgegenständen (Stühle, Geschirr), an den Fensterscheiben und der Kleidung und Bettwäsche.

Aber alle diese Einflüsse der leblosen Umgebung verschwinden in ihrer Bedeutung völlig hinter der lebendigen Umgebung, die von den Menschen gebildet wird, mit denen der Kranke dauernd in häuslicher Gemeinschaft zusammenleben muß, vor allem von seinen Schicksalsgenossen, dann aber auch von den beteiligten Gesunden, Ärzten und Pflegepersonal. Von der Einwirkung der Gesunden wird im Zusammenhang mit der Therapie noch öfter zu sprechen sein. Die Um-

welt, wie sie von den Kranken selbst gebildet wird, ist — wenigstens so weit Überwachungs- und Aufnahmeabteilungen in Betracht kommen — im ersten Teil der Arbeit bereits einmal flüchtig skizziert. Doch ist jetzt ein näheres Eingehen auf diese Dinge unerläßlich; handelt es sich doch hier gewissermaßen um „Krankheitserscheinungen unseres Anstaltsbetriebes", für die wir die geeignete Therapie suchen wollen. Eine möglichst genaue Kenntnis der vorliegenden Krankheit, und zwar so, wie sie sich bei fehlender oder ungenügender Therapie zu entwickeln pflegt, wird uns die sicherste Grundlage für die anzustrebende Milieutherapie sein.

Versetzen wir uns um einige Jahrzehnte in der Irrenfürsorge zurück und betreten den Tagesraum einer „Unruhigen-Abteilung", wie sie durchschnittlich mit 25—40 Kranken belegt sind. Sofort kommen mehrere Kranke aufgeregt auf den Arzt los. Die eine (A) beginnt: „Ich will hier raus, ich bleibe hier nicht...". Der Ton ihrer Rede wird immer lauter und aufgeregter; Beruhigungsversuche bewirken nur gesteigerte Erregung. Eine zweite Kranke (B) drängt sich heulend herzu und jammert, daß ihre Kinder im Keller säßen und gemartert würden; sie höre sie schreien; kaum hat sie einen Satz gesprochen, da erhält sie von der ersten Kranken einen Faustschlag, daß sie zurücktaumelt; heulend zieht sie sich in eine Ecke zurück; eine dritte und vierte Kranke (C) mischen sich hinein mit lautem, immer unflätiger werdendem Schimpfen; mit Mühe hält das Personal die Streitenden auseinander; unversehens wird jetzt der Arzt von einer weiteren Kranken (D) von hinten umarmt. Mit rohem, quietschendem Lachen wird dieser erotische Überfall von anderen Kranken quittiert. Aus einer Ecke ruft eine mit verbissenem Gesichtsausdruck dasitzende Paranoide (E) erst halblaut, dann rasch im Ton sich steigernd: „Da kommt der Schweinekerl wieder; Sie Mörder, Sie..." (folgt eine Flut von Schimpfwörtern schmutzigster Art). Der Lärm und das Durcheinander werden immer größer. Immer weitere, bisher ruhige Kranke (F) beginnen, sich an dem Aufbegehren, Schimpfen zu beteiligen und gegen den Arzt anzustürmen. Auch Katatoniker (G), die anfangs noch stumm, in sich versunken, da saßen, werden schließlich mobil, stoßen vielleicht nur unartikulierte Schreie aus oder klopfen auf den Tisch, um doch auch etwas zu dem allgemeinen „Krach" beizutragen. Eine ruhige und geordnete Aussprache mit irgend einer Kranken ist dem Arzte nicht möglich, seine Anwesenheit verschlimmert den Lärm um so mehr, je länger sie dauert. Notgedrungen muß er seine „Visite" hier schleunigst beenden. Wie oft war in solchen Lagen unser Latein damit zu Ende, daß wir einige Scopo-

lamin-Spritzen verabfolgten oder die Isolierung oder das Dauerbad für die übelsten Störenfriede anordneten!

Wir wenden uns einer zweiten, um einen Grad ruhigeren Abteilung zu. Nehmen wir an, wir werden hier nicht gleich von einzelnen Kranken überrumpelt und in Beschlag genommen. Der Arzt beginnt, sich mit den einzelnen Kranken zu beschäftigen. Zunächst wird seine Begrüßung, bald freundlich, bald gleichgültig und zögernd, erwidert, seine Fragen werden beantwortet, auch allerlei Wünsche, meist nach Entlassung, werden vorgebracht. Da gerät der Arzt an eine Kranke (H), die seinen Gruß mit der bekannten Aufforderung Götz v. Berlichingens erwidert und daran noch allerlei Unflätigkeiten knüpft, unter kicherndem Beifall anderer Saalgenossen. Einzelne Kranke (J) entziehen sich dem Zusammentreffen mit dem Arzte, indem sie mit sichtbarem Unmut in einen Nebenraum — besonders der Abort ist dafür sehr beliebt — laufen und ihrer üblen Laune dadurch Ausdruck verleihen, daß sie die Tür krachend hinter sich zuschlagen. Auch hier nimmt die Unruhe mit der Dauer der Anwesenheit des Arztes zu. Zuletzt springt eine Epileptische (K), die sich bisher beherrscht hat, in großer innerer Erregung auf, schimpft in rasch sich steigernder Wut auf den Arzt ein; es handelt sich um einen Streit, den sie kurz vorher offenbar selbst durch ihre Reizbarkeit mit einer anderen Kranken herbeigeführt und in den das Pflegepersonal in der Absicht zu schlichten eingegriffen hat. Ohne daß der Arzt auch nur zu einem beruhigenden Worte Gelegenheit findet, gerät die Kranke in immer stärkeren Affekt, bis sie plötzlich mit wütendem Geheul auf das nächste Fenster zustürzt und dort einige Scheiben einschlägt, sich dabei noch eine stark blutende Wunde am Vorderarm zuziehend. Jetzt nur noch tierisch brüllend, wird sie in einen Nebenraum gebracht und, nachdem die Scopolamin-Spritze endlich Ruhe geschaffen, verbunden. Schon beginnt die aufgekommene allgemeine Unruhe im Saale wieder abzuebben, da schreit eine jüngere katatone Kranke (L) plötzlich los: „Ich will zu meiner Mama, ich will nach Hause". Sie wiederholt das einige Male in immer mehr heulenden Tonfall und endet mit einem lauten Plärren, das nur dem vergleichbar ist, was man gelegentlich bei sehr ungezogenen kleinen Kindern erleben kann. Das hält — wieder wie bei Kindern — manchmal Minuten, manchmal aber auch halbe Stunden lang an, wenn nicht etwas dagegen getan wird. Eine andere jüngere Katatone (M), bisher stumm und gespannt dasitzend, versetzt ganz unvermutet, ohne jeden Anlaß, der neben ihr handarbeitenden harmlosen, ängstlich-deprimierten Frau einen klatschenden Schlag ins Gesicht; hinzueilende Schwestern verhindern eine Fortsetzung

dieser Mißhandlung. Die jetzt ganz wütende Angreiferin wehrt sich wüst schimpfend und um sich schlagend und hat bald eine der Schwestern ins Haar gefaßt und ihre Hand derart darin verkrallt, daß es den Schwestern nicht gelingt, die Hand zu öffnen. In einem wirren Knäuel balgen sich die Schwestern mit der rasenden Kranken. Da kommt der Arzt wieder hinzu und erst seiner männlichen Kraft gelingt es, die Hand der Kranken, einen Finger nach dem anderen, zu öffnen und so die an sie gefesselte Schwester zu befreien. Wöchentlich mindestens 2—3mal hatten wir früher auf unseren Frauenabteilungen Gelegenheit, in dieser Weise helfend einzugreifen. Jeder junge Arzt eignete sich den Kunstgriff an, mit dem man derart zusammengekrallte Hände mit möglichster Schonung und doch sicher, vom kleinen Finger her anfangend, öffnen konnte.

Im Nebensaale finden wir zwei jugendliche Kranke (N) mit Reinigungsarbeit beschäftigt; sie scheinen sehr gut aufgelegt zu sein. Mit möglichst großem Getöse und ganz planlos werden Tische und Bänke zur Seite geschoben oder geworfen; offenbar ist der dabei entstehende Lärm Selbstzweck; denn, wenn er besonders groß wird, wird er von albernem Auflachen begleitet; immer sucht eine die andere zu übertrumpfen; dazwischen trällert eine psychopathische frühere Straßendirne einen Gassenhauer gemein-erotischen Inhaltes vor sich hin. Die Umgebung ist daran so gewöhnt, daß niemand Anstoß nimmt. Und wenn jemand etwas sagte, er würde Schimpfworte, Drohungen und Schlimmeres zu gewärtigen haben. Einzelne, innerlich ruhelose Kranke (O) laufen, wie das die wilden Tiere im Käfig zu tun pflegen, dauernd hin und her. Kommt ihnen eine andere, nicht wehrhafte, Kranke in den Weg oder berührt sie gar, so erhält sie einen brutalen Stoß oder Schlag, daß sie zurücktaumelt, oft genug auch stürzt und sich verletzt. Blutunterlaufene Gesichter bei den schwächeren und wehrlosen Kranken gab es auf solchen Abteilungen sehr häufig.

Selbst wenn *alles*, was durch eine psychiaterfeindliche Presse über angebliche und wirkliche Mißhandlungen Geisteskranker durch Anstaltsangestellte berichtet wird, wirklich wahr wäre, so reichte es nicht entfernt an das heran, was die Kranken selbst sich an körperlichen und *seelischen* Mißhandlungen dauernd gegenseitig zugefügt haben und sich auch weiterhin überall da zufügen werden, wo es nicht gelingt, das „Anstaltsmilieu" gründlich zu ändern. Welcher Psychiater hat in dieser Richtung nicht Anstaltsinsassen (besonders Psychopathen, Imbecille und Epileptiker, aber auch Katatoniker und Paranoide) kennen gelernt, die sich zu wahren Teufeln für ihre Umgebung entwickelt hatten, und die Umwelt, die von ihnen beherrscht wurde, zu

einer wirklichen Hölle gemacht haben? Gereiztheit, hemmungslose Affekte, Gewalttätigkeiten, Hetzen und Schimpfen, Schimpfen in allen Tonarten ohne Anlaß oder beim geringsten Anlaß beherrschen die Atmosphäre vom Morgen bis zum Abend und oft genug auch noch in der Nacht.

Zu diesen gröbsten und störendsten Zügen des Anstaltsmilieus tritt das ganze Heer der harmloseren Entäußerungen einer zerrütteten Geistestätigkeit: die katatonen und paranoiden Bilder mit ihrer Starre, ihrem Negativismus, ihrem Widerstreben gegen alle Bemühungen der Pflege, ihren Stereotypieen in Haltung und Bewegung, ihren Verrücktheiten im Reden und Handeln. Dann wieder das ungehemmte Weinen und Jammern deprimierter Kranker, ihre ängstliche Unruhe mit Neigung zum Umherlaufen und zum Drängen nach den Türen, die Kleider auszuziehen oder zu zerzupfen, weiterhin die verschiedenartigen Verblödungszustände mit ihrem vertierten Ausdruck, ihrer Unsauberkeit, ihrem Bestreben, auf dem Boden, in den Ecken, unter den Tischen umherzuhocken oder zu kriechen.

Kritische Stunden erster Ordnung waren und sind immer die des Aufstehens, Waschens, Ankleidens und des Schlafengehens. Da häufen sich die Gelegenheiten zu allerlei Konflikten und Reibungen und damit diese selbst. Das gleiche gilt für die Mahlzeiten: Kaum wird das Essen hereingebracht, da beginnen schon einzelne Kranke (immer dieselben! Fast nie sind es Menschen, die von Hause aus an geordnete Familien- und Ernährungsverhältnisse gewöhnt waren) darüber zu schimpfen. Das wirkt nicht gerade appetitanreizend auf die Umgebung. Die Eßmanieren waren oft denkbar unsauber und unappetitlich: man greift mit den Fingern in den Teller, auch in den des Nachbarn, um daraus einen besonders guten Bissen zu fischen, nimmt sich gegenseitig das Brot, die verordneten Zulagen fort. Gelegentlich wirft auch ein Kranker das ganze Essen, das ihm nicht gefällt, samt dem Teller weit ins Zimmer oder der Schwester über die Kleider; kurz, auch hier drohen dauernd Gereiztheit, Zank und Tätlichkeiten.

Hiermit mag das unerquickliche Bild, das sich auf unseren „Unruhigen- und Halbruhigenabteilungen" so leicht entwickelte, abgeschlossen sein. Jeder Fachkollege wird es noch mit zahlreichen Einzelzügen ergänzen können. Man sage nicht, daß ich übertreibe und etwa eine nur ausnahmsweise vorgekommene Stunde geschildert oder an sich nicht häufige Einzelereignisse zusammengestellt habe. Alle Einzelheiten sind geradezu typisch für das Milieu unsozialerer und therapeutisch unbeeinflußter Geisteskranker, und sie waren auch in unserem alten Anstaltsbetriebe ganz alltäglich. Gesamtbilder wie die geschil-

derten, in mannigfach wechselnder Kombination, erlebte man fast bei jeder Visite. Haben wir sie früher nicht ganz allgemein als etwas Unvermeidliches, weil aus dem Wesen der Geisteskrankheit unmittelbar Entspringendes, einfach hingenommen? Verlangten wir nicht von unserem Pflegepersonal vor allem rüstige Körperkraft, um gegenüber den täglichen Gewaltszenen gewachsen zu sein, vom Arzte aber ein robustes Nervensystem, das im täglichen Zusammensein mit den immer mehr oder weniger aufgeregten Kranken nicht selbst versagen sollte? Als wichtigen Grundsatz für die Anstaltstätigkeit sagte mir als jungem Arzte ein alter Psychiater: „Lassen Sie ja niemals einen Kranken unbeobachtet in Ihrem Rücken". Wie oft haben wir die unerschütterliche Aufopferung und Ruhe mancher Krankenschwestern bewundert, welche in dem Hexensabbat der „Unruhigenabteilung" Tag und Nacht ihres schweren Berufes walteten, klaglos und oft sogar mit Humor die vielen Püffe und anderen Mißhandlungen hinnahmen, mit denen ihre Bemühungen um ihre Pfleglinge fast täglich belohnt wurden. Empfanden wir als junge Ärzte nicht selbst mit einem gewissen Stolz unsere Vertrautheit mit diesen wenig schönen Eindrücken, wie etwa der junge Ingenieur den Lärm und die Gefahren seiner Maschinensäle oder des Hüttenwerks empfindet?

Alle diese Betrachtungen wären überflüssig, wenn sie nur an historische Erinnerungen anknüpften. Gewiß hat die Anstaltspsychiatrie in der Behandlung und Milderung der unsozialen Eigenschaften der Kranken von Jahrzehnt zu Jahrzehnt Fortschritte gemacht; das therapeutische Rüstzeug ist allmählich vielseitiger und vollkommener geworden; erinnert sei nur an die günstigen Wirkungen freierer Behandlung, der richtig angewendeten Bett-, Dauerbad- und medikamentösen Behandlung, der Beschäftigung, so weit man bisher schon von ihr Gebrauch gemacht hat. Aber hier bestehen doch zwischen den einzelnen Anstalten erhebliche Unterschiede; Unterschiede nicht nur in dem, was wirklich erreicht worden ist, sondern auch darin, was man für erreichbar oder auch nur für erstrebenswert hält. Auch heute findet man noch alle die geschilderten Einzelbilder häufig genug in unseren Anstalten und ganz bannen wird sie wohl einstweilen keine Anstalt können. Auch die geschickteste Therapie vermag sie lediglich auf ein relativ geringstes Maß zu beschränken: ihr Drohen und den Beginn ihrer Entwicklung erlebt man auch dann noch täglich und stündlich; und das geringste Nachlassen von Aufmerksamkeit und Verständnis von Seiten des Arztes oder der Pflege läßt das Übel schnell wieder zu seiner alten Form sich steigern.

Unser Beruf brachte und bringt uns täglich wenige Stunden mit

solchen Krankenabteilungen in nähere Berührung. Auch für das Pflegepersonal gibt es Stunden der Erholung und der Ruhe, gibt es Urlaub und freie Tage, wo wieder andersartige Eindrücke aufgenommen werden können. Wer aber dauernd, Tag und Nacht, Woche um Woche, Jahr um Jahr, solchen Eindrücken unentrinnbar ausgesetzt war — und ist, das ist ein großer Teil unserer Kranken; der Kranken, die uns anvertraut sind, um bei uns ihr seelisches Gleichgewicht, ihre innere Ruhe, kurz ihre Heilung oder Besserung zu finden. Sie werden in den seltensten Fällen den philosophischen Gleichmut oder auch den Galgenhumor aufbringen, die nötig wären, solche Einflüsse dauernd ohne Schaden zu ertragen.

Wir wissen übrigens längst, daß die Geisteskranken nicht, wie wir früher geglaubt haben, so ganz allgemein gleichgültig und stumpf gegen diese äußeren Einflüsse sind. Wer kennt nicht die häufigen Wendungen in den Briefen frisch aufgenommener Kranker: „Ich kann hier nicht bleiben, ich gehöre nicht in diese Umgebung..." oder „Ärzte und Schwestern sind freundlich zu mir, aber die Kranken..." und dann folgen mit ewiger Stereotypie die (im Grunde wahrheitsgetreuen!) Schilderungen, die von den oben gegebenen kaum abweichen! Ist es ein Trost für die Angehörigen, die solche Briefe erhalten, wenn wir erläuternd hinzuschreiben: „Der Zustand Ihrer ... macht es erforderlich, sie auf einer Überwachungsabteilung für störende Kranke unterzubringen, von denen sie selbst eine der störendsten ist..."? Schon der Laie wird sich sagen: In solcher Umgebung kann doch ein aufgeregter Kranker nicht ruhiger werden! Und — er hat recht damit!

Reagieren — subjektiv und objektiv — werden die Kranken auf diese Umwelteinflüsse, je nach ihrer seelischen Veranlagung und ihrem Krankheitszustande, sehr verschieden. Wer sich noch einigermaßen geordnete und klare Empfänglichkeit für die Erlebnisse bewahrt hat, oder — wie es manche Krankheitsformen mit sich bringen — gar in gesteigertem Maße empfindlich ist, bei dem müssen sich hier Widerwille, Ekel, Angst, Unzufriedenheit, Verzweiflung geltend machen, genau wie es bei jedem Gesunden in gleicher Lage auch für die Dauer der Fall wäre. Reizbarkeit wird sich durch das dauernde Miterleben der sich abspielenden Zänkereien und Streitereien nur steigern; Kranke, die mit ihrer Selbstbeherrschung gerade auf der Kippe stehen, werden zunächst gelegentlich, dann immer häufiger und zuletzt regelmäßig ihren Affekten erliegen: Bekanntlich steigert sich die Gemütsreizbarkeit innerhalb physiologischer Grenzen mit der Häufigkeit der Entladungen.

Andererseits werden sich geistig tiefer stehende Kranke bald

an das häßlichste Milieu gewöhnen und sich ihm anpassen, das was sie bei anderen sehen und hören, nachahmen. Redewendungen wie: „wenn die NN. das tun darf, dann kann ich es auch" oder „wenn alle Krach machen, dann bin ich auch nicht ruhig" hört man nicht selten, wenn man einzelnen Kranken ein unsoziales Verhalten vorhält; ja, diese Berufung auf Untugenden anderer ist bei den Kranken — wohl in jeder Anstalt — etwas ganz gewöhnliches. Wo schlechte Manieren in Sauberkeit und Benehmen, beim Essen und im wechselseitigen Verkehr einmal herrschen, wirken sie ansteckend. Ganz besonders trifft dies auf den Gebrauch unanständiger und häßlicher Reden und Schimpfworte zu, eine Beobachtung, die wir auch bei unseren jüngeren Kindern häufig machen können.

Man pflegt sehr unsoziale, gewalttätige, unsaubere, verblödete Kranke oft als „vertiert" zu bezeichnen. Dieser Ausdruck enthält, genau genommen, eine Beleidigung — für die Tiere! Denn kein Tier in freier Natur benimmt sich derart häßlich, laut und störend, derart unsinnig, wie es viele unserer Geisteskranken tun, wenn wir sie sich frei entwickeln lassen. Das Tier, das sich so benehmen würde, würde auch in der Natur schnell zugrunde gehen. Man denke z. B. nur an nächtlich-lautes Wesen: Alle Feinde in der ganzen Umgegend würden aufmerksam gemacht und angelockt werden und dem Störenfried schnell den Garaus machen.

Dagegen finden wir starke Anklänge an das Verhalten unserer unsozialen Geisteskranken bei jüngeren und jüngsten Kindern; nur mit dem Unterschiede, daß bei den Kindern alles primitiver, harmloser, weniger gewaltsam vor sich geht; das Kind verfügt noch nicht so über die Kräfte, die Lebenserkenntnisse und Erfahrungen, auch nicht über die Zielstrebigkeit, die es zum Schaden für seine Umwelt und für sich selbst im unsozialen Sinne verwerten könnte. Im übrigen haben wir auch beim (unerzogenen!) Kinde die ungehemmte Affekterregbarkeit, die völlig fehlende Rücksichtnahme auf andere Menschen, das trotzige Sichauflehnen gegen die Einflüsse von außen, die bevorzugte Nachahmung alles Häßlichen, die Neigung zu Unsauberkeiten bis zum Kotschmieren und -Essen. Das Schimpfen und die Gewalttätigkeiten der erwachsenen Geisteskranken werden beim Kinde durch anhaltendes mehr oder weniger temperamentvolles Schreien und Plärren ersetzt.

Ich habe hier schon beim Kinde das Wort „unerzogen" einschalten müssen, da sonst der Vergleich unzutreffend geworden wäre. Unerzogenheit ist die Grundlage des unsozialen Verhaltens beim Kinde sowohl, als beim Geisteskranken. Um die große Bedeutung

der Erziehung für das Zusammenleben der Menschen und auch der Geisteskranken in ihrer ganzen Tragweite zu erfassen, müssen wir weit auf Bekanntes, Bekanntestes zurückgreifen:

Einzelwesen und Umwelt; Erfahrung und Erziehung, Anpassung und Verantwortung.

Die Erscheinungsform, in der uns die Dinge in der Welt entgegentreten, ist das Ergebnis von ihrem Wesen und den Bedingungen, unter denen sie jeweils auftreten. Das gilt für die belebten und die unbelebten Dinge. Z. B. gehört zum Wesen des Wassers, daß es eine chemische Verbindung von Wasserstoff und Sauerstoff ist, gehören seine chemischen und physikalischen Eigenschaften, Möglichkeiten usw. Seine Erscheinungsform, ob als Dampf, als Flüssigkeit, als Eis, ob als Bestandteil einer Salzlösung usf., hängt von den verschiedensten Bedingungen (Temperatur, Druck, Zusammentreffen mit anderen Substanzen und vieles andere) ab. Die physikalischen und chemischen Eigenschaften der unbelebten Dinge sind feststehend und nicht anpassungsfähig; dadurch ist das Verhältnis zwischen Wesen der Dinge und ihrer Erscheinungsform hier auch fest bestimmt, unabänderlich. Unter den gleichen Bedingungen wird Wasser immer wieder zu Eis oder zu Dampf werden, wie es vor Jahrmillionen auch schon gewesen ist.

Demgegenüber ist die belebte Natur anpassungsfähig; und sie ist durch Anpassung an die jeweils herrschenden und sich immer ändernden Bedingungen in fortwährender Veränderung begriffen. Alles Lebende ist das Ergebnis der Bedingungen, unter denen es geworden ist und lebt. Das Einzelwesen, sei es Tier oder Mensch, das mit der Geburt oder mit dem Ausschlüpfen aus dem Ei in sein selbständiges Erdendasein tritt, kommt damit in Beziehung zur Umwelt. Diese ist für das junge Tier teils günstig und nützlich (Betreuung durch die Eltern, Nahrung, Wärme usw), teils ungünstig, schädlich, gefährlich (Feinde, Nahrungsmangel, Winter usw.) Das Einzelwesen macht so Erfahrungen in seiner Umwelt, die je nachdem als angenehm oder unangenehm empfunden werden, oder, wie man sich in der Psychologie auszudrücken pflegt, mit Lust- oder Unlustempfindungen verbunden sind. Das Lebende hat die Fähigkeit, auf die „Umwelt“ zu „reagieren“, d. h. sich einerseits ihren Bedingungen anzupassen, sie aber auch andererseits zu beeinflussen, sich ihnen gegebenenfalls auch zu entziehen (Flucht) und günstigere aufzusuchen; es tritt mit seiner Umwelt in „Wechselwirkung“. Entscheidend bestimmt wird diese Wechselwirkung:

a) Durch das Bestreben des Lebewesens, sich selbst und die eigene Art gegenüber der Umwelt zu erhalten, durchzusetzen und fortzupflanzen. Damit verknüpft ist die Notwendigkeit, alle in ihm vorhandenen Kräfte voll auszunützen und seine Fähigkeiten immer aufs äußerste anzuspannen, wenn es im Kampfe mit der Umwelt nicht unterliegen will.

b) Durch das Bestreben der Einzelwesen, Lust zu erlangen und Unlust zu vermeiden.

c) Durch die Logik (den „Logos", die Weltweisheit), welche in der ganzen Schöpfung erkennbar ist, so weit diese nicht durch menschlich-zivilisatorische Einflüsse verdorben und entstellt ist.

Die Lebensinteressen der zahllosen Einzelwesen kreuzen sich dauernd und überall. Deshalb ist in der freien Natur die Umwelt fast durchweg feindlich; die Umweltbeziehungen stellen sich in der Hauptsache als „Kampf" dar; als „Kampf ums Dasein", als „Kampf um die Fortpflanzung". Erhalten und fortpflanzen kann sich immer nur der (biologisch-) Stärkere. Die Umwelt reagiert ihrerseits mit erbarmungsloser Logik auf jede Schwäche, jede Unvorsichtigkeit, jede Unzweckmäßigkeit mit der Vernichtung des Lebens: Der eigene Tod ist die logische Folge der Nichterfüllung der Notwendigkeiten des Daseins, die „logische Reaktion der Umwelt" darauf.

Andererseits reagiert im allgemeinen das frei lebende Tier logisch auf die Umweltbedingungen, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil es das muß, um nicht unterzugehen. So trägt das unter natürlichen Bedingungen lebende Tier für sein eigenes Dasein und sein Wohlergehen eine dauernde Verantwortung, von deren Schwere wir Menschen uns meist keine rechte Vorstellung machen, und die sich in der brutal-einfachen Alternative zuspitzt: „Anpassen oder Untergehen!" Diese Form der Verantwortung liegt ganz objektiv in den biologischen Zusammenhängen, und ist deshalb auch von subjektivem Erkennen und Bewußtsein, von den Begriffen „gut" und „böse" ganz unabhängig. Sie gilt für das ganze Tierleben — ja, mutandis mutatis auch für die Pflanzenwelt! — und wohl noch weit in die Entwicklungsgeschichte der Menschheit hinein. Ihr Sinn ist der: Tun und Lassen und Können des Lebewesens haben Wirkungen, die sich logischerweise in letzter Linie wieder auf Jenes selbst erstrecken. Nur bei zweckentsprechender Anpassung an die Umwelt sind diese Folgen lustbringend und auf die Dauer Art-erhaltend und Art-fördernd; Nichtanpassung führt naturnotwendig unmittelbar oder mittelbar zu Unlust, zu Schädigung und Untergang von Individuum oder Art oder von Beiden.

Erst im Zusammenschluß zahlreicher Einzelmenschen zu Stämmen und Volksgemeinschaften kann sich die auf Sein oder Nichtsein abgestimmte Verantwortung gemildert haben, indem das Einzelwesen mehr Schutz und Sicherheit für seine Existenz fand, andererseits aber auch wieder in neue Notwendigkeiten der Anpassung hineinversetzt wurde, der Anpassung an die Bedürfnisse des Gemeinschaftslebens. So wird mit zunehmender Zivilisation zwar das Dasein selbst gesicherter, die Umweltbedingungen aber verwickelter, vielseitiger und oft auch schwieriger, wenn auch weniger brutal, wie im freien Daseinskampfe der Natur. Kultur und Zivilisation bedeuten Abkehr von der Natur; sie verlangen vom Einzelwesen Unterdrückung und Beherrschung der auf unmittelbares Sich-Durchsetzen gerichteten natürlichen Instinkte, Triebe und Affekte; das Zusammenleben muß sich nach Sitten und Gebräuchen, Rücksichten und Gesetzen richten, denen sich der Einzelne fügen muß, soll die Gemeinschaft nicht auseinander fallen, auf deren Gedeihen er selbst wieder angewiesen ist. Dieses Einfügen widerstrebt den natürlichen Veranlagungen, die auf Ungebundenheit und wehrhafte Wildheit im Erstreben unmittelbaren eigenen Vorteils und Lustgewinns eingestellt sind. Das sich frei, ohne jede erzieherische Beeinflussung, entwickelnde Kind würde sich durchaus unsozial entwickeln: extrem egoistisch, ohne jede Rücksicht auf die Umwelt und deren Interessen, ablehnend gegen alles, was ihm nicht paßt, brutal, hemmungslos in jedem Affekt, in Zorn und Wut.

Erst die Erziehung im weitesten Sinne des Wortes vermittelt ihm die Fähigkeit, sich in die geordnete Gemeinschaft einer größeren Anzahl von Menschen einzuordnen und damit auch selbst der Vorteile des Gemeinschaftslebens teilhaftig zu werden.

Ziel dieser Erziehung ist demnach einerseits die Beherrschung, das Zurückdrängen, die Bekämpfung derjenigen Veranlagungen, Neigungen, Eigenschaften, welche mit dem geordneten Bestande der Gemeinschaft unverträglich sind, andererseits Entwicklung und Stärkung solcher Fähigkeiten, Kräfte und Reaktionsformen, welche für das geordnete Zusammenleben nützlich sind. Um zu diesem Ziele zu gelangen, wird man sich der gleichen Kräfte bedienen müssen, welche wir oben auch als wirksam für die Einfügung des freien Lebewesens in die biologischen Notwendigkeiten kennen gelernt haben. Auf das allein logische und deshalb wirksamste Machtmittel, über das die durch menschliche Weisheit nicht gestörte Schöpfung zur Emporentwicklung der Lebewesen verfügt, auf die Ausmerzung von Allem, was sich den Daseinsbedingungen nicht anpaßt, von allem

Schädlichen, Schwachen, Unvollkommenen, hat die Zivilisation im Laufe ihrer Entwicklung mehr und mehr verzichtet; und wir stehen in unserer Zeit im Begriff, die letzten Reste dieses natürlichen Reinigungsprozesses ganz zu beseitigen. Was aber immer wirksam bleiben muß, ist die Erfahrung, daß Nichtanpassung für den Einzelmenschen fühlbar unangenehmere, schädlichere Folgen hat, als Anpassung, die Erfahrung, daß besonders die belebte Umwelt, die Gemeinschaft, in der wir leben, Familie, Staat usw. in fühlbarer Weise auf unser Verhalten reagiert, und sich insbesondere ein unsoziales Verhalten des Einzelnen nicht gefallen läßt. Schon der Säugling macht, wenn er vernünftige Eltern hat, die Erfahrung, daß nächtliches ruhestörendes Schreien nicht zum angenehmen Gehätscheltwerden, nicht zum außerzeitlichen Darreichen der Mutterbrust, sondern allenfalls zum schnellen Versetztwerden in ein abgelegenes Zimmer führt. Diese Entfernung des kleinen Störenfrieds aus dem Familienschlafzimmer, und auch schon die konsequente Nichtbeachtung seiner sich so laut geltend machenden Persönlichkeit hat zwei Wirkungen: eine unmittelbare für die gestörten Eltern, die sich damit Ruhe verschaffen, und eine mittelbare — „erzieherische" — für den Störenfried selbst: er „gewöhnt" sich sein störendes Verhalten ab oder gar nicht erst an, wenn es von vornherein keinen angenehmen Erfolg hat. Daß die „Erziehung" des Kindes schon am Tage der Geburt beginnen muß, ist eine uralte Weisheit, die uns der weise W. A. *Freund* schon vor 40 Jahren in seinen Vorlesungen über Geburtshilfe gelehrt hat. Das etwas selbständiger werdende Kind macht die Erfahrung, daß man über eine Schwelle stolpert, auf glattem Boden ausgleitet, sich mit dem Kopfe an die Tischkante stößt, wenn man nicht aufpaßt, daß der Ofen unangenehm heiß ist, daß die Katze kratzt, wenn man sie malträtiert; aber gerade durch diese fortgesetzte Kette von unangenehmen und oft schmerzhaften Erfahrungen lernt das Kind aufzupassen, sich auch seinerseits in den vielfachen Gefahren der Welt zurechtzufinden und sie zu vermeiden, kurz, sich den Bedingungen der Umwelt anzupassen. Die Verantwortung für das eigene Wohlergehen des Alltags macht sich bei ihm geltend. Unser ganzes Leben hindurch begleiten uns solche Erfahrungen und bis an unser Ende machen wir immer wieder neue. Zu diesen wirklichen Erfahrungen kommt aber in der menschlichen Zivilisationsentwicklung noch als erzieherischer Faktor die Drohung mit unangenehmen und die Lockung mit angenehmen Folgen unseres Tuns und Lassens, je nachdem Letzteres sozial oder unsozial ist. Tausendfach sind wir von geschriebenen und ungeschriebenen Gesetzen umgeben, ohne die ein gesichertes Gemein-

schaftsleben gar nicht möglich wäre, und die fast alle einen Satz enthalten, der ungefähr lautet: „.. Zuwiderhandlungen werden mit .. bestraft". Auch wo solche Drohung nicht ausgesprochen ist, besteht sie doch: Auch wer die Normen des bürgerlichen Gesetzbuches, der Gewerbeordnung, wer die im Verkehr üblichen Sitten und Gebräuche nicht beachtet, wird davon Nachteile und Unannehmlichkeiten der verschiedensten Art haben und spüren. Die Erfahrung zeigt dabei, daß nur diese angedrohten und gegebenen Falles wirklich eintretenden Nachteile und Unannehmlichkeiten den Gesetzen und Sitten ihre Wirksamkeit sichern. Wir beachten z. B. die für Radfahrer erlassenen Vorschriften nicht etwa deshalb, weil wir unsere Mitmenschen nicht in Gefahr bringen wollen oder aus sonstigen altruistischen Motiven heraus, sondern lediglich deshalb, weil es 3 oder 5 oder noch mehr Mark kostet, wenn wir sie nicht befolgen und dabei erwischt werden. Nur wenige Menschen stehen auf der sittlichen Höhe, daß sie von sich mit Recht sagen könnten, sie handelten immer nur nach Maßgabe ihrer durch das Gemeinwohl bedingten Erkenntnis. Maßgebend bleibt im großen und ganzen immer die Aussicht und die Erfahrung, daß man von sozialem Verhalten Vorteile und von unsozialem Verhalten Nachteile hat. Das theoretische Preisen der Tugend wird nur wenige Menschen zur Tugend führen. Die Tugend muß reale Vorteile zeitigen, wenn sie locken soll. In unserem ganzen Kulturleben sind die beiden Pole: Vermeidung des Unangenehmen, Erstreben des Angenehmen, unentbehrlich. Selbst die Religionen können ohne sie nicht auskommen. In allen finden wir in irgend einer Form den Himmel und die Hölle als Lohn für die irdischen Taten.

Noch zwei weitere Unterscheidungen sind für unsere Betrachtungen bedeutungsvoll: Alle unsere Einzelerfahrungen können einmal „unmittelbar" oder „mittelbar", dann aber im Hinblick auf die Richtung, aus der sie kommen, „persönlich" oder „unpersönlich" sein.

Einfachste Beispiele: Die Erfahrung des Kindes, daß man, wenn man nicht aufpaßt, sich schmerzhaft stößt, hinfällt, sich am heißen Ofen brennt, ist „unmittelbar", weil die Schmerzempfindung zeitlich und örtlich und ursächlich unmittelbar aus dem eigenen Verhalten (Nichtaufpassen) sich ergibt, ohne daß insbesondere irgend eine Geistestätigkeit dazwischen geschaltet ist. Sie ist „unpersönlich", weil sie aus den Beziehungen zur unbelebten Umwelt stammt. „Unpersönlich" können aber auch Erfahrungen mit der belebten Umwelt sein, wie z. B. Erfahrungen mit Tieren, mit den Gefahren des Verkehrs, mit allgemein gültigen Gesetzen, Gebräuchen und ihren Rückwirkungen auf den Einzelnen. „Persönlich sind in der Hauptsache diejenigen unserer Erfahrungen, die dem Zusammentreffen und dem Verkehr mit bestimmten anderen Menschen entspringen. Zu letzteren gehören vor allem auch die von

Eltern, Schule usw. ausgehenden bewußten Beeinflussungen, die wir als „Erziehung" im engeren Sinne zusammenfassen. Einen breiten, mit dem geistigen Heranreifen des Einzelmenschen und mit der Entwicklung der Zivilisation immer breiter werdenden, Raum nimmt in der Erziehung die „mittelbare" Erfahrung ein. In ihr werden nicht mehr unmittelbare eigene Erfahrungen, sondern zeitlich und örtlich abliegende nicht nur eigene, sondern auch fremde oder auch nur bedingungsweise vorausgesehene Erfahrungen warnend oder belehrend wirksam: z. B. Warnung an das Kind: „Wenn du auf die Straße gehst, kommst Du unter ein Auto". — Karlchen sieht, wie Fritz nascht und dafür bestraft wird. Viele Märchen und Geschichten — der ganze „Struwwelpeter" unseres Fachkollegen *Hoffmann* — bilden die Form, in der diese mittelbare Erfahrung an das Kind am frühesten herantritt als warnende Belehrung. Die Schulerziehung beruht allein auf ihr.

Wir kommen hier zu der höchsten Form der Erziehung und der sich das ganze Leben hindurch fortsetzenden Selbsterziehung durch Belehrung und bewußte Verarbeitung des Gelernten. Nur auf sie bezieht sich auch der von mir gelegentlich (s. Ber. ü. d. II. ärztlichen Kongreß für Psychotherapie zu Nauheim 1927. S. 139) gebrauchte Satz, daß „klare Erkenntnis der Tatsachen in der Umwelt, Wille und Kraft, sich diesen Tatsachen einzuordnen, den Kulturmenschen bedingen". Nur bei einem Teile der (auch der geistig gesunden) Menschen, und auch bei ihnen wieder nur in sehr beschränktem Umfange, spielen klare Erkenntnis und bewußtes Wollen die entscheidende Rolle bei der Einfügung ins Gemeinschaftsleben. In Betracht kommen sie überhaupt nur für das Wirksamwerden der mittelbaren Erfahrungen. Ganz anders liegt die Sache bei der unmittelbaren Erfahrung. Wenn sie schon beim Säugling den Beginn der Einordnung in das Gemeinschaftsleben bewirkt und wenn dasselbe auch in allen Schichten der Tierwelt der Fall ist, dann kann dabei von Erkenntnis und bewußtem Wollen nicht viel die Rede sein. Viel mehr, als wir es uns meist klar machen, spielt sich die Anpassung durch unmittelbare Erfahrung im Unterbewußten ab: sie ist eben ein von Erkennen und Bewußtsein ganz unabhängiger biologischer Vorgang. „In den geheimen Werkstätten des Lebens wird ständig ohne Hirnbewußtsein gearbeitet" (Kohnstamm)[1]).

Eine außerordentlich wichtige Rolle in der Einfügung des Menschen in das Gemeinschaftsleben spielen Übung und Gewöhnung. Auch bei ihnen handelt es sich um elementare biologische Vorgänge, die von Denken, Bewußtsein, Wollen so gut wie völlig unabhängig sind: Ein Vorgang, oder eine zeitlich ablaufende Kette von Vorgängen, die in unserem Zentralnervensystem einmal sich abgespielt haben,

[1]) Zitiert aus Heisler: „Dennoch Landarzt".



hinterlassen erfahrungsgemäß eine „Bahnung“, d. h. bei Wiederkehr gleicher Voraussetzungen tritt die gleiche Reaktion und der gleiche Ablauf leichter und sicherer ein, als das erstemal; und das umso mehr, je häufiger die Wiederholung ist. Offenbar wird der Widerstand in der „gebahnten“ Reaktionsrichtung („Richtung“ soll hier nicht nur eine örtliche, sondern auch eine zeitliche Aneinanderreihung bezeichnen!) geringer, wie er in einer anderen, neuen Richtung sein würde; deshalb reagiert das Zentralnervensystem bevorzugt in der „gewohnten“ Bahn. So gewöhnen wir uns an bestimmte Bewegungen und Manieren, führen häufig wiederkehrende Hantierungen (wie z. B. Rasieren, Zähneputzen, Gebrauch von Messer und Gabel usw.) gewohnheitsmäßig immer in der gleichen Weise aus, wobei Aufmerksamkeit und Nachdenken so ausgeschaltet sein können, daß wir unmittelbar nach Erledigung solchen Geschäfts keinerlei Erinnerung mehr daran haben. Man denke an die Bedeutung des Übens beim Erlernen vieler Fertigkeiten, Radfahren und anderen Sportbetätigungen, Spielen von Musikinstrumenten. Und alle diese Fertigkeiten „beherrschen“ wir eigentlich erst dann wirklich, wenn sie sich von bewußtem Beobachten, Nachdenken, ganz frei gemacht haben. Erst dann, wenn wir unser Fahrrad ganz unbewußt, „instinktiv“ steuern, fahren wir sicher. Besonders beim Musizieren machen wir aber noch eine weitere wichtige Beobachtung: Machen wir beim Üben Fehler, so fixieren sich diese genau so leicht, wie andererseits die Übung nach der richtigen Seite erfolgt. Das alles gilt nun nicht nur für einfache, alltägliche, gleichgültige Hantierungen und für körperlich-mechanische Leistungen, Manieren und Umgangsformen, sondern auch für geistige Leistungen aller Art, und ganz besonders auch für die Entwicklung des Gesamtkomplexes von Reaktionsformen, den wir als „Persönlichkeit“, als „Charakter“ eines Menschen bezeichnen, ferner für die Entwicklung des Denkens und der ganzen Einstellung zu den großen Lebensfragen der Religion, Ethik, der Politik, der sozialen Fragen. Das Aufwachsen in einem fromm-katholischen oder -evangelischen oder in einem ernst- oder oberflächlich-freidenkerischen Hause, im Hause eines proletarisch eingestellten Arbeiters oder eines Beamten oder Offiziers schafft völlig verschiedene Grundeinstellungen für das ganze Leben, die später auch durch eigenes Nachdenken nur schwer und unter inneren Kämpfen modifiziert werden können. Es ist die ganze Atmosphäre der Familie, welche sich auf den jungen und jüngsten Menschen schon entschiedend überträgt. Je jünger das Kind ist und je weniger sein eigenes geistiges Leben entwickelt ist, desto stärker ist die Macht der Gewöhnung und desto

fester haftet sie. Das Fehlen klaren Bewußtseins und Denkens macht das Kind wehrlos gegen ihren ohnehin mächtigen Einfluß. Es ist ein so verhängnisvoller Irrtum, in dem so viele Eltern, auch sonst recht kluge und gebildete, befangen sind, wenn sie der geistigen Frühentwicklung ihres Kindes gleichgültig gegenüber stehen mit der Erklärung, daß es ja doch nicht selbständig denke, doch alles wieder vergesse, daß die Erziehung erst beginnen könne, wenn das Kind zu denken anfange. Irgendwo habe ich schon einmal den sehr wichtigen Satz gelesen, daß die Grundlagen der Charakterentwicklung mit dem dritten Lebensjahre abgeschlossen seien. Ob es nun gerade drei sind, oder etwas mehr oder weniger, das mag — auch individuell — verschieden sein; jedenfalls sind die ersten Lebensjahre die entscheidenden.

Es liegt im Wesen der Gewöhnung, daß sie nur dadurch nach der günstigen Richtung gelenkt werden kann, daß einerseits ungünstige, abwegige Reaktionen das Zentralnervensystem des Kindes möglichst selten, günstige dagegen möglichst häufig durchlaufen. Das kann logischer Weise nur dadurch geschehen, daß in dem Kinde möglichst viele günstige Reaktionen (Lebensäußerungen) so früh wie möglich hervorgerufen, ungünstige Reaktionen aber möglichst verhütet werden, oder daß wenigstens ihr erfolgreiches Zustandekommen verhindert wird. Wie weit das der Fall ist, wird wohl am stärksten durch das Gesamtmilieu des Familienlebens bestimmt. Ein Kind, das von der Mutter schon in bezug auf seine körperlichen Bedürfnisse (Nahrungsaufnahme, Sauberhaltung, Schlaf usw.) vernünftig und gewissenhaft und vor allem regelmäßig besorgt wird, das vom ersten Tage ab nur ruhig-freundliche Gesichter zu sehen bekommt, weder — in völliger Verkennung des Wesens der „Liebe" — dauernd verhätschelt, noch — was das allerschlimmste ist — je nach Laune bald verhätschelt, bald grob angeschrieen oder gar mißhandelt wird, muß sich in seiner ganzen reaktiven Einstellung der Umwelt gegenüber ganz anders entwickeln als ein Kind, bei dem in diesen Beziehungen das Gegenteil der Fall ist. Wo im Hause Unfriede, lautes Wesen und viel Zank herrschen, wirkt das auch schon auf den Säugling zurück; er wird aus dem Schlaf oder aus seiner Ruhe geschreckt, reagiert darauf durch Brüllen. Es ist eine ganz bekannte Reaktion kleiner Kinder, daß sie ihrerseits ängstlich zu weinen anfangen, wenn sie Andere weinen hören oder wenn sich in ihrer Nähe eine aufgeregte Szene abspielt. Bei Wiederholungen dieser Zusammenhänge werden die Kinder immer leichter erregbar, „nervös", empfindlich. Ebenso bekannt ist, daß man kleinsten Kindern große Wehleidigkeit und Überempfindlichkeit, übertrieben

starke Reaktionen allen kleinen Unbilden und Mißempfindungen gegenüber ebenso gut angewöhnen, wie abgewöhnen kann. Vielleicht ist es richtiger, hier von „abgewöhnen“ gar nicht erst zu sprechen. Denn das hat man primär gar nicht nötig, da die Kinder von sich aus gar nicht so empfindlich sind; sie machen aus den kleinen Schmerzen und Unbilden des Alltags erst dann ein großes Wesen, wenn die Mutter ihnen das vormacht und sie daran gewöhnt. Wo aber Letzteres geschieht, da mag manche spätere Hysterie und Neurasthenie ihren Anfang nehmen. Andererseits kann man aber in Familien mit vernünftiger Kindererziehung oft beobachten, wie ein 1½—2 jähriger beim Spielen tüchtig hinfällt oder sich empfindlich den Kopf anstößt, ohne auf diese schmerzhaften Ereignisse anders zu reagieren, als daß er vielleicht das bei ähnlicher Gelegenheit von der Mutter gehörte Wort „Bums“ oder „Hoppla“ ruft, sich mit dem Händchen die schmerzende Körperstelle reibt und dann weiter von dem Unfall keine Notiz nimmt. Ich habe in dieser Richtung wiederholt sehr drastische Beobachtungen gemacht, deren Wiedergabe aber hier zu weit führen würde.

Stark werden durch frühe Gewöhnung aus dem Familienmilieu heraus noch beeinflußt die individuellen Grundeinstellungen zur Umwelt, welche das ganze Leben hindurch so großen Einfluß auf das soziale oder unsoziale Verhalten haben. Hierher gehören: Zutunliche oder ablehnende, kraftvolle oder nachgiebige Einstellung, freundliches oder grobes Wesen, Rücksichtnahme auf andere, Besonnenheit oder Neigung zur Gereizheit. Vermittelt werden diese Einstellungen vor allem auch durch die Nachahmung: Das Kind macht das nach, was es von den anderen sieht oder hört. Auch in der Neigung zur Nachahmung äußert sich lediglich eine biologische Grunderscheinung: Wie alle Energie, so wirkt sich auch die Lebensenergie immer in der Richtung des geringsten Widerstandes aus. Es ist aber leichter (bietet geringeren inneren Widerstand) das einfach nachzumachen, was andere vormachen, als selbständig neue, davon abweichende, Reaktionsformen auszubilden.

Die Grundlagen aller geistigen Leistung: Aufmerksamkeit, Konzentration, Besonnenheit, Regsamkeit, Zielstrebigkeit, Ausdauer werden wohl durch die Übung und Gewöhnung in den allerersten Lebensjahren entscheidender beeinflußt wie durch die übrige Erziehung das ganze Leben hindurch. Auch in diesem Punkte pflegen sich die Eltern auffallend gleichgültig zu verhalten.

Entwicklung zur Selbständigkeit in der Anpassung an die Notwendigkeiten des Gemeinschaftslebens ist das Ziel aller Er-

ziehung. Beschränkt sich diese in den allerersten Lebensmonaten auf fürsorgerische Verwahrung oder Besorgung, sowie auf Fernhaltung aller Schädlichkeiten, so tritt mit dem Hervortreten selbständigerer Reaktionsformen die persönlichere Beschäftigung mit dem Kinde in ihre Rechte; zunächst als dauernde Führung: Das Kind bewegt sich selbst, läuft selbst, aber alles dies nur unsicher, ziel- und planlos; das Kind bedarf der führenden Hand der Mutter, körperlich und psychisch. Man läßt ihm eine gewisse Freiheit, aber nur so weit, daß es für sich und andere kein Unheil anrichten kann. Mit den ganz von selbst durch die Übung kommenden Fortschritten wird die Führung lockerer, sie wird zur Lenkung. War es Aufgabe der Führung, das Kind erst einmal an den sachgemäßen Gebrauch seiner Glieder und Nerven zu gewöhnen, so ist Ziel der Lenkung die Entwicklung des selbständigeren Gebrauches dieser Fähigkeiten unter allmählicher Einschaltung eigenen Auffassens, Denkens und Wollens: die oben besprochene „Anpassung durch (eigene) Erfahrung" tritt in ihre Rechte, aber auch in ihre Pflichten ein. Rechte haben nur so weit einen logischen Sinn, als auch die damit zusammenhängenden Pflichten erfüllt werden. Es kann im geordneten Gemeinschaftsleben gar keine Rechte ohne Pflichten geben!

Die planlose Ruhelosigkeit und der Negativismus des Kleinkindes. Beobachten wir im Familienkreise ein gesundes Kind von etwa 1½ Jahren, so fällt uns zweierlei auf: einmal das Unstete, Ruhelose in dem Kinde; nur ausnahmsweise interessiert es sich für eine Sache oder einen Vorgang so, daß es einige Minuten dabei verharrt. Sonst geht es dauernd von einer Betätigung zur andern: aufs Sopha hinauf — dort aufrecht gestellt — einige Male in den Knieen gewippt — vom Sopha wieder herunter, wieder hinauf — wieder herunter — auf den Schoß der Mutter — wieder herunter — Laufen quer durchs Zimmer — Drehen an irgendeinem erreichbaren Schlüssel — dann zu einem Spielzeug — und so fort, Stunden lang, bis die Schläfrigkeit sich meldet. Und nach dem Ausschlafen Wiederholung derselben Ruhelosigkeit. Und das Zweite: die ausgesprochene Abneigung der meisten Kinder, gerade das zu tun, was sie sollen. Kinder, die sehr gut erzogen und „ganz vernünftige Kinder" sind, die ganz gerne ein Späßchen mitmachen, besonders, wenn es etwas derberer Art ist, sind sofort nicht mehr zu haben, wenn man — vielleicht zu ihrer Belehrung — etwas von ihnen verlangt, z. B. wenn das Kind, das noch bei seinen ersten Sprechversuchen ist, ein Wort nachsprechen soll; viele Kinder reagieren, wenn man sie auf dem Schoße hat, auf solches Verlangen sofort mit Befreiungsversuchen. Ich habe selbst

beobachtet, daß geweckte Kinder, die schon ganz spontan Worte, die sie zufällig aufschnappten und auch die Tierstimmen des Hühnerhofes, überraschend nachmachten, um keinen Preis eine Silbe nachsprachen, die man ihnen vorsagte. Ein zweijähriges gewecktes und durchaus artiges Kind, das eben in Gegenwart der Eltern zu Bett gebracht ist, soll noch „gute Nacht" sagen. Es tut, als ob es alle diese Aufforderungen und alles Zureden nicht hörte. Wie alle hinausgegangen sind, hört das Kindermädchen, wie es leise vor sich hin sagt: „Ich sag' nix". Besonders Einwirkungen, die darauf abzielen, das Kind bei einer Tätigkeit zu fixieren, es zur Aufmerksamkeit, zur Konzentration zu bringen, pflegen mehr oder weniger unzweideutig abgelehnt zu werden, und die Anwendung eines gelinderen oder deutlicheren Zwanges führt meist zu sehr unerwünschten Szenen und Kämpfen, bei denen oft genug der erwachsene „Erzieher" nicht Sieger bleibt. Der Widerstand wird dadurch nur verstärkt, die Kinder werden „bockig", trotzig. Ganz bekannt ist die Not, die viele Familien mit dem Essen nicht nur bei kleinen, sondern auch schon etwas älteren Kindern haben. Die Kinder essen hauptsächlich deshalb nicht, weil sie essen sollen. Wir haben also hier einen richtigen „Negativismus" vor uns.

Auch hier handelt es sich keineswegs um pathologische, sondern um ganz normale biologische Zusammenhänge. Mit den Lebensvorgängen im tierischen Organismus hängt unmittelbar und untrennbar zusammen die Aufnahme von Nahrung und ihre Verbrennung im Organismus. Durch diese Verbrennung wird erhebliche Energie frei, es werden Energie-Spannungen erzeugt, die — so weit sie nicht zur Erwärmung verbraucht werden — auf „Expansion", auf Entladung, auf „Durchsetzen" genau so hindrängen, wie etwa der gespannte Dampf, der bei der Heizung sich im Dampfkessel entwickelt. Hieraus ergibt sich unmittelbar für alle Tiere die Notwendigkeit, sich zu bewegen, alle Organe des Körpers zu betätigen. (Leben ist Bewegung, Tätigkeit!) Bei fast allen jungen Tieren, die noch nicht „gelernt" haben, ihre Glieder und ihr Zentralnervensystem geordnet und zweckmäßig zu gebrauchen, sind die Bewegungen und Betätigungen zunächst plan- und ziellos. Es fehlen Konzentration und Zielstrebigkeit, die erst durch Üben und Lernen erworben werden müssen. Die besonders große Schwierigkeit, Kinder an Aufmerksamkeit und Konzentration zu gewöhnen und ihre starke Abneigung dagegen, entspringt wieder der Tatsache, daß auch im Leben die Energie das Bestreben hat, sich in der Richtung des geringsten Widerstandes auszuwirken. Wenn wir Alten nur bei uns selbst beobachten, welche

Mühe wir uns geben müssen, uns auf eine uns ungewohnte oder uns „nicht liegende“ oder mühsame Geistesarbeit zu konzentrieren und bei ihr auszuharren, nicht bei jeder Gelegenheit ihr auszuweichen, dann verstehen wir ohne weiteres, daß auch das Kind beim erzieherischen Bestreben, es zu konzentrieren, an Aufmerksamkeit und ruhiges „Bei-der-Stange-bleiben“ zu gewöhnen, einen sehr viel größeren inneren Widerstand überwinden muß, wie bei der primitiven spielerisch-planlosen Auswirkung seiner Lebensenergie. Und der äußere Widerstand, den es solchen Bestrebungen entgegensetzt, ist nur der uns sichtbar werdende Ausdruck des inneren Widerstandes, der in seiner organischen Beschaffenheit unmittelbar begründet ist. Gewiß ist es für die gesamte Lebensleistung des Menschen außerordentlich wichtig, daß auch jene Fähigkeiten möglichst frühzeitig in ihm entwickelt werden; aber es ist ein ganz sinnloser Eingriff in das Leben des Kindes, wenn man von ihm verlangt: Du darfst nicht umherlaufen, du mußt jetzt ruhig und brav bei diesem und jenem Spiel bleiben, wenn man es gewaltsam auf dem Schoße festhält, um es mit dem Betrachten eines belehrenden Bilderbuches zu beschäftigen, zu dem es auf diese Weise niemals eine positive Beziehung, sondern nur Abneigung gewinnen kann. Der einzige Weg, der auch zur Entwicklung jener entscheidenden Fähigkeiten führen kann, ist die vorsichtige Übung, die beim Leichtesten, dem Kinde bereits Gewohnten, dem, was ihm „liegt“, beginnt, um dann allerdings zielbewußt zum Schwereren fortzuschreiten; eine Übung, die vor allen Dingen von der eigenen, spontanen Lebensbetätigung des Kindes ausgeht, und diese nur so lenkt, daß sie ganz von selbst sich in die gewünschte Richtung hinwendet. Wichtig für den Erfolg dieser Lenkung ist aber, daß das Kind möglichst wenig davon merkt, daß es gelenkt werden soll, daß das Denken nicht in „aggressiver“ Form sich geltend macht. Die möglichst frühzeitige Ausdehnung dessen, was dem werdenden Menschen liegt, auch auf das, was ursprünglich nicht liegt, was aber notwendig ist, ist die Grundlage aller positiven Charakterbildung. Denn das ganze Leben bringt fortdauernd viel mehr Aufgaben, die uns „gar nicht liegen“ als solche, die uns nur angenehm sind.

Auch der Negativismus des Kindes entspringt unmittelbar seiner auf Durchsetzen, Sichauswirken gerichteten Lebensenergie: diese will sich durchsetzen, und zwar gegenüber der Umwelt, nötigen Falles im Kampfe mit ihr. In der freien Schöpfung ist alles Lebende, das sich gegen das Einzelwesen bewegt, feindlich; was friedlich ist, weicht, wo es sich nicht kennt, aus, was nützlich, assimilierbar ist und als Nahrung dienen kann, flieht sogar. Es ist wohl noch ererbtes Ver-

mächtnis aus diesem Daseinskampfe, daß das Kind zunächst Allem, was für es erkennbar sich an es heranmacht, ablehnend gegenübersteht, und das ganz besonders, wenn von außen herankommende, von Personen ausgehende Kräfte bestimmend und abändernd auf die Richtung einwirken wollen, die die eigene Lebensenergie nehmen will. Das ist zweifellos ein Eingriff und deshalb ein Angriff der belebten, persönlichen Umwelt in das biologisch-elementare Durchsetzbedürfnis des Einzelwesens. Dieser Angriff wirkt als Reiz auf die eigene Energie, Widerstand zu leisten, den Angriff abzuwehren, sich selbst ihm gegenüber doch durchzusetzen. Verstärkt sich der Angriff (schroffe Drohung, Gewaltanwendung), so wirkt das als verstärkter Reiz, der ganz automatisch verstärkte Abwehr bewirkt: Aus dem friedlichen Wettkampf der Kräfte wird offener Krieg, für den jetzt von beiden Seiten immer neue Kräfte mobil gemacht und ins Feld geführt werden, besonders Kräfte, die dem Affekt entstammen und damit der logischen Entwicklung entgegengerichtet sind. Der eine Kämpfer ist das Kind, das Einzelwesen, das seine elementaren Kräfte ohne Rücksicht auf die durch die Umwelt bedingten Notwendigkeiten zur Geltung bringt, auf der anderen Seite die erziehende Umwelt, die wieder ihre Interessen vertritt, zu denen aber auch die geordnete Einfügung des Einzelnen gehört.

Aus dieser elementaren Gegnerschaft ergibt sich, daß alle Erziehung im Grunde genommen „Kampf" sein muß: Kampf um die Einfügung des biologisch-widerstrebenden — Einzelwesens in die Notwendigkeiten des Gemeinschaftslebens. In jedem Kampf entscheidet sich der Sieg nach Maßgabe der auf beiden Seiten kämpfenden Gesamtkräfte. Wir wissen aus den Kriegen der Völker, daß es dabei nicht nur auf das physische Kraftverhältnis ankommt, sondern fast noch mehr auf die Überlegenheit der Führung. Der Sieg neigt sich dorthin, wo die Führung logisch und konsequent die vorhandenen Machtmittel in der Richtung auf das erstrebte Ziel einsetzt. Wie steht es nun damit bei der Kindererziehung? Der Kampf beginnt schon bei dem Säugling, der die Nachtruhe seiner Eltern stört. Schon in diesem Kampfe siegt die angewandte Logik, die nicht immer auf Seiten der Eltern kämpft. Wie ist die Kräfteverteilung? Auf der einen Seite der erbärmlich schwache Säugling, auf der anderen die ausgewachsenen, lebenserfahrenen Eltern. Die Kampfziele? Das elementare Leben des Kleinen will sich auswirken, indem der Kleine brüllt, wenn es ihm paßt. Die Eltern wollen ihre Ruhe haben, wissen auch, daß es für den Kleinen selbst auf die Dauer besser ist, sich an ein geregeltes Schlafen zu gewöhnen. Nun der Kampf:

Handeln die Eltern, wie oben beschrieben, logisch, vernünftig, dann werden sie ganz von selbst siegen, weil das junge Leben seinen erfolglosen Lärm einstellen wird. Handeln sie aber anders, dann handeln sie unlogisch, indem ihr Tun dem von ihnen angestrebten Ziel entgegengerichtet ist und deshalb ihm entgegenwirken muß, während der Kleine sich, wieder ganz logisch, in der Richtung entwickelt, daß er das Schreien, das ihm Annehmlichkeit bringt, immer häufiger wiederholt und zuletzt das ganze Haus damit tyrannisiert. Zwischen Säugling und Mutter geht dieser Kampf an, zwischen Kleinkind und Familie, zwischen heranwachsendem Kinde und Schule geht er weiter und dauern tut er durch das ganze Leben. Bei Kindern und Erwachsenen erleben wir es immer wieder, daß der Einzelne mit seinem noch nicht oder überhaupt nicht sozial eingestellten Durchsetzbedürfnis die mit ihm zusammenlebenden oder in Berührung kommenden Menschen schädigt, in der rücksichtslosesten Weise tyrannisiert und peinigt. Prüfen wir im Einzelfalle die Zusammenhänge nach, so werden wir immer finden, daß in der Entwicklung dieser Unzuträglichkeiten irgendwo die Logik auf Seiten der Umwelt gefehlt hat. In jedem Kampfe gibt es Angriff und Abwehr. Aggressiv ist das noch durch keine Anpassung „gemodelte" Leben. Das liegt in seinem Wesen (Energie, die nach „Expansion" strebt); aggressiv ist auch der Unsoziale, der Verbrecher, der Minderwertige, der Taugenichts (Energie, die sich auf Kosten Anderer, also in der Richtung des geringeren Widerstandes, auswirken, „ausleben" möchte). Die auf festgefügte Ordnung und auf Gleichgewicht der Rechte und Pflichten eingestellte geordnete Umwelt befindet sich in Abwehrstellung. Im Kampfe muß die Abwehr, wenn sie den Angegriffenen wirklich schützen soll, der Kraft des Angriffs voll gewachsen und konsequent sein. Ist sie das nicht, dann rückt der Gegner vor, jede Schwäche der Verteidigung ausnützend, und der Verteidiger hat nach dem Zurückweichen keinen leichteren, sondern meist einen schwereren Kampf als vorher; denn jedes Zurückweichen stärkt die Kraft und den Angriffsgeist des Angreifers.

Daraus folgt: In der Abwehr unsozialen Verhaltens Einzelner müssen Erzieher und Hüter des Gemeinwohles immer konsequent und schnell die Kampfmittel anwenden, die sofort den Angriff sicher unwirksam machen, ihn hemmen. Der logisch Denkende wird über das zur Erreichung dieses Zieles nötige Maß nicht hinausgehen, aber dort, wo es nötig ist, auch vor ernsteren Mitteln und auch vor Gewaltanwendung nicht zurückschrecken; denn erstes Erfordernis ist die Wahrung des Gemeinwohles, und nicht irgend eine Rücksicht auf den dem Gemeinwohl widerstrebenden Einzelnen. Aber ein Hinausgehen

über das Notwendige wirkt notwendig verschärfend auf den Kampf, indem es Affekte (Trotz, Zorn, Wut, dadurch gesteigerte Angriffslust: „Nun erst recht!") auslöst. Noch mehr ist das der Fall, wenn der Erzieher aus der Reserve der Abwehr heraus und selbst zum Angriff übergeht, sei es in Wortgefechten, mit Schimpfen, Drohungen, häufigen Vorhaltungen, unvorsichtigen und ungeeigneten Strafen.

Aber der Erzieher (zusammengefaßt sind hier alle, welche in der Anpassung junger und erwachsener Menschen in die Gemeinschaft mitzuarbeiten haben, von der Mutter über den Lehrer, den Geistlichen, den Arzt bis zum Zuchthausbeamten) ist nicht nur Gegner seines „Zöglings" in der Abwehr der von diesem ausgehenden schädlichen Betätigungen, sondern er ist für ihn auch Freund und Vermittler nützlicher und wertvoller Kenntnisse, Erfahrungen, Gewöhnungen. Auch hier ist Kampf, in dem zuletzt die stärkere Logik siegt. In diesem Kampfe geht der Angriff vom Erzieher aus; die Abwehr liegt meist beim Zögling. Aber es ist ein Kampf, in dem die Logik der Gewaltmittel wohl Unheil anrichten, aber nie zum Siege führen kann; das ist oben bereits angedeutet. Der Kampf muß mit Waffen des überlegenen Geistes geführt werden, da nur diese die notwendige feste und sichere Führung in die Hände des Erziehers legen. Die Logik der Erfahrung, daß geordnetes Verhalten, Strebsamkeit, Pflichterfüllung, Fleiß, tüchtige Leistung angenehmere Folgen zeitigen, als das Gegenteil, wird auch hier immer eine entscheidende Rolle spielen.

Daß Affektentladungen, besonders des Zornes, auch beim Kinde von der ersten Lebenszeit ab möglichst vermieden, und, wo sie sich bemerkbar machen, in jeder Weise abgebremst werden sollten (Vermeidung aller Anlässe, scheinbares Nichtbeachten, jedenfalls aber vermeiden, daß jemals durch eine Affektenentladung ein angenehmer Erfolg erzielt wird!), mag nur nebenbei erwähnt werden. Auch in dieser Richtung kann die Gewöhnung in der ersten Jugendzeit verhängnisvoll für das ganze Leben sich auswirken. Beispiel und Nachahmung wirken gerade in dieser Beziehung besonders gefährlich.

Daß neben Erfahrung, Gewöhnung, Erziehung auch die ererbte Veranlagung eine entscheidende Rolle für den Anpassungsvorgang spielt, braucht kaum besonders erläutert zu werden. „Angepaßt" werden kann nur das, was von Geburt aus vorhanden ist, und das Ergebnis bleibt immer relativ. Günstige Veranlagung in Verbindung mit günstigen Umweltwirkungen wird immer das günstigste Gesamtresultat geben. Aber auch weniger vollkommene Veranlagung kann durch günstige Entwicklungseinflüsse zum Teil ausgeglichen werden; ebenso leicht wird aber auch eine ursprüngliche gute Veranlagung durch

ungünstige Umwelteinflüsse, besonders in der Jugend, verdorben werden. Da die frühesten erzieherischen Beeinflussungen und Milieuwirkungen am meisten die Persönlichkeit formen, ist später meist schwer auseinander zu halten, was von der Gesamtentwicklung auf die Veranlagung, was auf die Früherziehung entfällt, da meist beide Größen in der gleichen Richtung wirken, indem die Erzeuger gleichzeitig die ersten und damit entscheidenden Erzieher sind.

Ist somit der uns gegenübertretende Mensch als Ganzes das Produkt aus seiner angeborenen, ererbten, Veranlagung und der Summe aller Umweltwirkungen, die ihn von Geburt an betroffen haben, so werden wir doch auch bei ihm auseinanderhalten müssen: Wesen und Erscheinungsform. Grundlage für beides sind die angeborene Veranlagung und die in ihr begründeten Fähigkeiten und Möglichkeiten. Erscheinungsform ist die jeweils wahrnehmbare Oberfläche, gestaltet durch die das ganze Leben hindurch im Fluß bleibende Anpassung an die wechselnden Gegebenheiten, an Sitte und Konvention, an die Zweckmäßigkeiten und Notwendigkeiten des Augenblickes. Bewußtes Verarbeiten der Umwelteindrücke spielt bei ihr eine dauernde und entscheidende Rolle. Hinter ihr, und durch sie mehr oder weniger verhüllt, steckt das Wesen des Menschen, seine „Persönlichkeit", sein „Charakter", die oft ganz anders aussehen, als die — im Verkehr zivilisierter Menschen meist glatte, abgeschliffene — Oberfläche vermuten läßt. Man „zeigt sich" vorzugsweise von der „schönen", der „sozialen" Seite. Die tiefer liegende Wirklichkeit offenbart sich, so weit sie weniger schön und sozial ist, oft nur den Näherstehenden, und auch diesen nur teilweise.

Und diese, in ihren guten und weniger guten Seiten sehr vielseitige Wirklichkeit stellt nichts anderes dar, als die Summe der oben besprochenen, durch Gewöhnung und Übung von frühester Jugend an fixierten und gewissermaßen automatisch gewordenen Reaktions- und Denkformen, die gerade deshalb so fest mit der Gesamtpersönlichkeit verankert sind, weil sie in weitgehender Unabhängigkeit von bewußtem Denken und Wollen sich auswirken.

Zum Schlusse dieser allgemeinen Betrachtung noch ein Blick auf die organischen Grundlagen all dieser Anpassung und Gewöhnung. Niemand kann uns heute sagen, wie die Lebensleistung unserer Nervenelemente mit ihrem chemisch-physikalischen Aufbau zusammenhängt. Aber die Beobachtung zeigt uns immer wieder, daß ein Zusammenhang und eine Abhängigkeit zwischen beiden besteht, und daß die großen Unterschiede, die in dieser Lebensbetätigung nicht nur innerhalb der Tierwelt, sondern auch zwischen den Menschen

bestehen, nur unmittelbarer Ausdruck dieser organischen Beschaffenheit sind.

Wir finden:

A) Bei allen Lebewesen, Tieren und Pflanzen: Die Lebensenergie, die unmittelbarer Ausfluß des Chemismus des Lebensvorganges ist und nach Expansion, nach Auswirkung strebt. In verschiedenem Maße eignet den Lebewesen die Lebhaftigkeit, die Kraft, die Nachhaltigkeit, mit der dieses Streben vor sich geht. Die Ansprechbarkeit für von außen kommende Reize und die Fähigkeit, auf diese Reize zu „reagieren". Grad der Ansprechbarkeit und Leichtigkeit, Kraft und Ausdauer der Reaktion sind sehr verschieden.

B) Bei allen nicht mehr ganz einfachen Tierformen, und mit starker Weiterentwicklung nach „oben" hin: Die „Merkfähigkeit", d. h. die Fähigkeit, in der eigenen Körper-(Nerven-)Substanz Bahnungen zu bilden, in denen eine Wied[illegible]g eines reaktiven Vorganges leichter und sicherer sich abspielt wie bei seinem ersten Ablauf. Den Pflanzen und den allereinfachsten Tierformen fehlt noch eine solche Merkfähigkeit; schon beim Regenwurm ist sie experimentell leicht festzustellen.

C) Nur für die „höheren" Tierformen bis zum Menschen herauf (dieses „herauf" soll kein Werturteil enthalten!) in immer stärkerer Ausprägung: Die Fähigkeit, verschiedene und zeitlich auseinanderliegende im Nervensystem abgelaufene und ablaufende Vorgänge (Reaktionen) miteinander in Beziehung zu bringen.

Diese Fähigkeit betätigt sich:

Entweder ganz unabhängig von „Bewußtsein" und „Denken" (sowohl bei Tieren, wie bei Menschen), dann mit unmittelbarer und deshalb zwingenderer Folgerichtigkeit; hier arbeitet die schöpferische Allmacht und Weisheit, frei von den Fehlerquellen menschlichen Denkens;

oder mit dazwischen geschaltetem bewußtem Denken (beim Menschen nach der ersten Kindheit und, in den Anfängen, vielleicht schon bei einzelnen hochentwickelten Tieren). Die Entwicklung dieser Fähigkeit hängt wohl mit den immer vielseitiger werdenden Lebens- und Umweltbeziehungen in der Stammesgeschichte zusammen. Aber: Bewußtsein und Denken sind zweischneidige Waffen; sie können in der Richtung der Folgerichtigkeit wirken, bergen in sich aber die Möglichkeit und die Gefahr der abwegigen, der unlogischen Ver-

bindung, der „Fehlverbindung" und damit der Fehlreaktion. Unser Bewußtsein und Denken ist eben „menschlich" und damit unvollkommen und dem Irrtum unterworfen; schon deshalb, weil uns ja niemals alle Gegebenheiten, die doch der Ausgangspunkt des Denkens sein müßten, bekannt sind.

Was haben nun alle diese allgemeinen Erörterungen, diese Reminiscenzen aus der elementarsten Biologie und sogar aus der Physik mit der Therapie der Geisteskrankheiten zu tun? Nun, sie sind für uns die Grundlage, das ABC, der gesamten psychischen Therapie, die wir innerhalb der geschlossenen Anstalt wie außerhalb derselben treiben können. Stellt doch diese psychische Therapie nichts anderes dar, als eine Form der „Erziehung", d. h. der zielstrebigen Anpassung unserer Kranken an die Notwendigkeiten des Daseins. Alles aber, was für die Anpassung des frei lebendes Tieres an seine Daseinsbedingungen und für die des heranwachsenden gesunden Menschen an das Gemeinschaftsleben gilt, gilt vollkommen auch für die Irrenanstalt und die Geisteskranken.

Gewiß sind durch die Schädigung, welche die Nervenelemente bei der Geisteskrankheit erfahren haben, die Bedingungen, unter welchen die biologischen Reaktionen verlaufen, verändert. Wenn wir aber diese Veränderungen mit in die Rechnung einsetzen, muß sich auch das gesamte Leben des Geisteskranken genau in der gleichen Folgerichtigkeit abspielen, wie es bei den gesunden Lebewesen der Fall ist. Ein wesentliches angeborenes Abweichen im Aufbau oder in der chemischen Konstitution der Nervenelemente, oder auch eine Schädigung, welche Letztere im Laufe des Lebens trifft, wird sich immer unmittelbar in jenen grundlegenden Fähigkeiten der lebenden Nervensubstanz auswirken müssen: Die nach Auswirkung strebende Lebensenergie kann vermindert sein, sowohl in ihrer Kraft, als in ihrer Nachhaltigkeit; das wird sich als Nachlassen der Regsamkeit, als geistige Abstumpfung bis zur völligen Verblödung äußern. Meist parallel damit geht Herabsetzung der Ansprechbarkeit und der Reaktionsfähigkeit und wirkt im Krankheitsbild in der gleichen Richtung. Schädigungen der Merkfähigkeit sind ja als solche und als Gedächtnisschwäche hinreichend bekannt als Grundsymptom vieler Psychosen, wobei allerdings meist nur das Festhalten von bewußtem Vorstellungsinhalt geprüft zu werden pflegt. Sie müssen sich aber auch auf dem breiten Gebiet der unbewußten Vorgänge geltend machen, indem die Ausbildung neuer Gewöhnung durch Übung erschwert wird. Bekannt ist auch, wie sich ältere, besonders in früher Jugend erworbene und so bereits in die unbewußten Reaktionsformen

eingereihten Gewöhnungen auch bei tiefer greifenden Geisteszerrüttungen recht lange zu erhalten pflegen, während die später erworbenen, oberflächlicheren, die mehr der laufenden bewußten Anpassung unterworfen sind, sich schneller verlieren.

Die Schädigung der Fähigkeit, verschiedene, auch zeitlich auseinanderliegende Vorgänge zu kombinieren, kennen wir als Störung der Assoziation, als Unklarheit des Denkens, in den höheren Graden als Zerfahrenheit und Verwirrtheit. Auch hier können wir an unseren Kranken immer wieder beobachten, daß der Schädigung am meisten widerstehen die primitiveren, mehr unmittelbaren Kombinationen („Kurzschlüsse"), während verwickeltere um so mehr ausbleiben, je weiter sie sich von den unmittelbaren Erlebnissen, Wünschen, Trieben entfernen.

Dafür nur ein jedem Irrenarzt geläufiges Beispiel: Die meisten Anstaltskranken haben den, an sich durchaus normalen und verständlichen, Wunsch, „hier heraus" zu kommen, entlassen zu werden. Es fehlt ihnen die Fähigkeit, ihre eigene Unzulänglichkeit überhaupt zu erkennen und in Beziehung zu setzen zu den Anforderungen, die das freie Leben außerhalb der Anstalt stellt. Pflegt doch gerade die Objektivierung der eigenen Persönlichkeit in ihrem Verhältnis zur Umwelt, die Selbstkritik, als eine der schwierigsten Funktionen des Denkens beim Ausbrechen einer Seelenstörung am ehesten und am stärksten verloren zu gehen. Gar nicht selten kommen nun Schwachsinnige oder auch schon recht zerfahrene Schizophrene zum Arzt mit dem Wunsche, „Pfleger" zu werden. Selbstverständlich fehlt auch hierbei wieder jede sachliche Abwägung der eigenen Unzulänglichkeit für diesen Beruf. An diesen denken die Kranken aber auch gar nicht; die primitiv-egoistische Logik ihres Wunsches ist einfach die: „Ich will heraus — die Türen sind aber verschlossen — die Schlüssel dazu haben die Pfleger — wenn ich Pfleger werde, habe ich auch einen Schlüssel und kann fortgehen — also werde ich Pfleger". Noch primitiver ist die Logik bei vielen sehr verwirrten, ängstlichen oder auch katatonen Kranken, deren Lebensenergie ganz unmittelbar dadurch nach „freier" Auswirkung strebt, daß sie dauernd dem Pflegepersonal die Schlüssel zu entreißen suchen oder — noch primitiver — durch jede geöffnete Tür drängen oder an den geschlossenen Türen rütteln. Jeder Anstaltsarzt hat wohl schon das Experiment gemacht, solchen Kranken die Tür zu öffnen und den Ausgang frei zu geben; dann erlebt man es leicht, daß die Kranken zwar durch die Tür gehen, vor ihr aber ratlos stehen bleiben, weil für das Weitere ihre Kombinationsfähigkeit nicht mehr ausreicht. Es muß zweifelhaft bleiben, ob diese so häufigen primitiv-logischen Kurzschlüsse überhaupt noch durch bewußtes Denken zu Stand kommen, ähnlich wie sich auch bei vielen Unfall- und Kriegsneurotikern die recht primitive Logik: „Im Felde ist es ungemütlich und gefährlich (Arbeiten ist unbequem) — ich habe eine „Verschüttung" (einen Unfall) gehabt — wenn man nervenkrank ist, braucht man nicht mehr ins Feld oder an die Arbeit — der NN. hat sogar eine Rente „dafür" bekommen, wenn ich also nervenkrank bin, stehen mir auch diese Vorteile zu — also..." usw.,

nach der heute geltenden Auffassung der meisten Nervenärzte mehr im Unterbewußtsein, als im klaren, zielgerechten Denken abspielt; andernfalls könnte man ja nicht mehr von „Neurose“, sondern nur von bewußter Simulation und Betrug sprechen. Als „krankhaft“ kann aber auch diese im Unbewußten sich abspielende Logik in beiden Fällen nicht bezeichnet werden. Im ersteren Fall ist sie geradezu Ausfluß der auch in der Psychose noch vorhandenen gesunden Reste, im zweiten Falle eine ganz normale, auf Erlangung eines ganz bestimmten Vorteils abgestellte Reaktionsform.

Eine Schädlichkeit, welche die Nervenelemente trifft, hat nun, wie die Beobachtung lehrt, nicht nur herabsetzende und hemmende Wirkungen, sondern auch reizende und anregende. Wir kennen als solche Reizwirkungen motorische Unruhe, Schlaflosigkeit, Bewegungs- und Rededrang, aber auch Gedankenflucht und vielleicht auch Sinnestäuschungen. Daß eine Schädlichkeit hierbei irgendwie produktiv oder auf die Dauer leistungssteigernd wirkt, können wir kaum annehmen; wie uns schon die Nervenphysiologie und die Toxicologie lehren, wirken solche Reize wohl anpeitschend und auslösend auf vorhandene Energien, sie können aber nicht neue Energien schaffen. Wie Reiz- und Ausfallserscheinungen sich in der verschiedensten Weise mit einander kombinieren und überlagern können, ist allgemein bekannt.

Wie kommen die unsozialen Eigenschaften der Geisteskranken zu Stande? Nur zum geringen Teil sind sie auf die eben besprochenen Reizerscheinungen zurückzuführen; und die Ausfalls- und Hemmungserscheinungen kommen unmittelbar für die Bildung des unsozialen Milieus überhaupt wenig in Betracht. Achten wir einmal längere Zeit auf die Beschaffenheit unseres Krankenzuganges, so können wir Folgendes feststellen: Kranke, die aus einwandfrei tüchtiger Familie stammend und aus eigener voller Tüchtigkeit heraus frisch erkrankt zu uns kommen, können zwar infolge starker Erregung und Verwirrtheit recht störend sein, sie sind aber selten in dem häßlichen Sinne „unsozial“, wie wir das früher oft genug bei unserem älteren Krankenbestand sich entwickeln sahen; selbst in der flotten Manie, in der paralytischen Erregung, der schizophrenen Zerfahrenheit bleibt noch das im Grunde gutmütige Bürgermädchen, der biedere Bauer, der auf tüchtige Arbeitsleistung eingestellte Handwerker und auch der ritterliche Offizier bester alter Tradition noch erkennbar. Bei anderen frisch Erkrankten sehen wir von vornherein pöbelhafte Manieren, arrogantes, verlogenes, boshaftes, zu brutalen Gewalttätigkeiten neigendes Wesen, rücksichtslosen Egoismus, Neigung, die gesunde und kranke Umgebung in jeder Weise zu malträtieren, zu verleumden, Streit zu stiften, in häßlichsten Ausdrücken bei Tag

und bei Nacht zu schimpfen; und doch leiden beide Arten von Kranken an den gleichen Krankheitsformen und an den gleichen elementaren Schädigungen ihrer Nervenelemente. Die psychische Grundkrankheit kann es also nicht sein, welche jene häßlichen Erscheinungsformen des Irreseins schafft, als „sekundär" entstanden kann man diese Häßlichkeiten wenigstens bei frischer Erkrankung auch nicht bezeichnen. Nun, im Grunde genommen ist diese unsoziale Grundeinstellung sogar recht „primär"; d. h. sie hat längst bestanden, ehe die Krankheit ausbrach: Es ist hier nur die wirkliche Persönlichkeit des Menschen zum Vorschein gekommen, die vorher nur äußerlich und oberflächlich durch mehr oder weniger bewußte Selbstführung, Rücksichtnahme auf Umgebung, Sitte, Stand, Konvention, Zweckmäßigkeit, oft auch nur durch Scheu vor unangenehmen Folgen eines weniger sozialen Verhaltens „überlagert", verhüllt war. Und nur diesen für den Verkehr zivilisierter Menschen so wohltätigen glättenden Mantel hat die Psychose mehr oder weniger gelüftet, weggezogen. Sie zeigt uns in vieler Beziehung die wirkliche Persönlichkeit in entkleidetem Zustand. Die Psychose schafft keinen neuen und auch nicht so schnell einen grundlegend veränderten Charakter; sie offenbart nur oft genug den schon vorher vorhandenen, und zwar dadurch, daß sie die dauernden Korrekturen der Selbstführung mehr oder minder ausschaltet, die wir Menschen alle um so mehr nötig haben, je mehr wir Veranlassung haben, unsere geheimsten Regungen sehr dezent zu behandeln, wenn wir nach außen eine „gute Figur" machen wollen.

Finden wir bei den frisch Erkrankten eine auffallende Divergenz zwischen leidlich erhaltenen äußeren Manieren und häßlichen Charaktereigenschaften, dann hat offenbar die Früherziehung („Kinderstube") mehr darauf hingewirkt, einen gewissen, konventionellen Schliff herauszubilden, dabei aber die wirkliche Charakterbildung vernachlässigt.

Was uns die häßlichsten Krankheitsbilder wirklich gestaltet, sind also die Versäumnisse der Kinderstube, Mangel an Selbstbeherrschung, ungehemmtes Schießenlassen aller aufkommenden Affekte und Launen, Mangel jeder Rücksichtnahme auf Andere, Egoismus in seiner krassesten und urwüchsigsten Form, dazu schlechte Umgangsmanieren und Ungezogenheiten aller Art. Es ist nicht nur eine äußere Ähnlichkeit, sondern eine weitgehende Übereinstimmung im Wesen und in den Zusammenhängen der Dinge, wenn wir uns in dem unerquicklichen Milieu einer alten Unruhigenabteilung in eine große Kinderstube mit recht ungezogenen Kindern versetzt glauben. Denn es sind — und das muß hier klar ausgesprochen werden, wobei

ich weder der erste noch der einzige bin, der das tut — einfach Ungezogenheiten, mit denen hier eine verhältnismäßig geringe Anzahl von Menschen allen Übrigen, die mit ihnen zusammenzuleben verurteilt sind, das Dasein zur Hölle macht; und wir belasten die Psychose jeder Form zu Unrecht, wenn wir diese Dinge auf ihr Konto buchen. Es sind die — an sich normalen — Urkräfte und Triebe des Lebens, die sich hier mit einer Unmittelbarkeit und Rücksichtslosigkeit auswirken, die mit einem geordneten friedlichen Gemeinschaftsleben unvereinbar sind. Die Anamnesen der in die Anstalt aufgenommenen Kranken zeigen uns auch in einem erheblichen Teil der Fälle, daß es gar nicht die unmittelbaren Krankheitserscheinungen sind, welche zur Internierung Veranlassung geben, sondern erst das Hervortreten jener unsozialen Eigenschaften. Ich halte es in diesem Zusammenhang sehr wohl für möglich (mit Zahlen läßt sich das kaum nachweisen!), daß als Ursache für die Zunahme der Anstaltspflegebedürftigkeit, die ja heute allenthalben beklagt wird, natürlich neben manchen anderen Gründen, auch die grundsätzlich veränderte Jugenderziehung mit in Betracht kommt: Die alte Kindererziehung war in erster Linie darauf eingestellt, die jungen Menschen einmal zur Einfügung in geordnete Familien- und soziale Verhältnisse zu bringen; ihnen klar zu machen, daß der Einzelne an die Gemeinschaft nicht nur Rechte und Ansprüche, sondern vor allem auch sehr ernste Pflichten hat. Die Kinder lernten zunächst einmal gehorchen, und wurden, wenn das nicht leicht ging, ohne viel Zimperlichkeit auch mehr oder weniger energisch dazu gezwungen. Jedenfalls gelang es im großen und ganzen, dem selbständiger werdenden Menschen eine feste soziale Grundeinstellung mit auf den Weg zu geben. Die heutige Jugend entwickelt sich unter ganz anderen Einflüssen: Betonung vor allem der Selbständigkeit und der Rechte des Einzelnen, Ablehnung jeder Form von Autorität, der Autorität des Staates, der Eltern, der Schule. Nur notdürftig werden ältere Kinder im Familienverbande gehalten, der ihnen in der Hauptsache Unterschlupf und die Mittel zum selbständigen Leben bieten muß, dem gegenüber sie aber nur in bescheidenem Umfange auch Pflichten anerkennen. Bei dieser Entwicklung muß sich eine ausbrechende Psychose im sozialen Verhalten der Kranken ganz anders, viel störender, geltend machen, als bei den Jugendlichen der alten Tradition, die von Kind auf an Gehorsam und „braves“ (heute ein gering geschätztes Wort!) Verhalten gewöhnt waren. Wo unbotmäßiges, freches Auftreten gegenüber Älteren, Selbstüberhebung bei eigener geringer Lebensleistung ohnehin zu den fixierten Grundeinstellungen gehören, da genügt schon eine

gar nicht so tief greifende psychische Störung, um das Verhalten der Erkrankten für ein geordnetes Gemeinschaftsleben schnell ganz unmöglich zu machen. Die laxeren Auffassungen in sexuellen Dingen führen viel leichter zu Konflikten und ernsteren affektiven Erlebnissen, die auch wieder stark nach der ungünstigen Richtung auf die Ausgestaltung einer ausbrechenden Psychose wirken müssen. Wie weit sie als ursächliches Moment für die Psychose selbst in Betracht kommen, gehört nicht hierher.

Zweifellos ist in den Großstädten die Entwicklung zu den „modernen“ Lebenseinstellungen viel weiter vorgeschritten, wie in den mehr ländlichen Gegenden. Damit dürfte es auch zusammenhängen, daß man immer wieder von den an großstädtischen Anstalten tätigen Kollegen über die starke Häufung von schwer unsozialen und schwer zu beeinflussenden Kranken in ihren Anstalten klagen hört.

Nun ist ja die Erscheinnungsform, in der die frisch erkrankte Persönlichkeit sich darstellt, nichts Feststehendes. Vielmehr bleibt auch bei ihr die dauernde Wechselwirkung mit der Umwelt, der alles Lebende unterliegt, in Geltung; und dem geistig Erkrankten geht es dabei, wie dem Kinde: Beide sind der Umweltwirkung viel wehrloser ausgesetzt, wie der rüstige Erwachsene, weil beiden die bewußte, zielsichere Selbstführung mehr oder weniger fehlt. Das Kind hat sie, je nach seinem Enwicklungsgrade, noch nicht ausgebildet, der Geisteskranke hat sie wieder eingebüßt, weil ihm ja das Werkzeug dazu (klare Auffassung, Regsamkeit, Gedankenzusammenhang, Urteilsfähigkeit) schadhaft geworden ist. Auch die durch frühe und langdauernde Gewöhnung fester sitzenden Reaktionsformen, der Charakter, bleiben zwar länger erhalten, sind aber fortgesetzten ungünstigen Umweltfaktoren gegenüber doch nicht unangreifbar, zumal er ja auch nicht mehr durch die Selbstkontrolle und Selbstführung verteidigt wird bzw. von dieser Seite immer wieder die zu seiner Erhaltung und Stärkung notwendige neue Nahrung erhält. Und ohne diese dauernde Stütze und stetige Ernährung muß auch die in sozial-ethischer Beziehung höchststehende Persönlichkeit allmählich hinabsinken von ihrer Höhe. Hat doch der allgemeine biologische Rückblick gezeigt, daß Kultur und Zivilisation mit allem, was damit zusammenhängt, der Natur entgegengerichtet sind und nur im steten Kampf gegen sie auf ihrer Höhe gehalten werden können. Die elementarste Ethik lehrt uns ja auch schon beim Gesunden, daß er dauernd „an sich arbeiten“ und gegen seine „natürlichen“ Regungen, Schwächen, Triebe usw., (die nach unmittelbarer Auswirkung strebende Lebensenergie!) ankämpfen muß, wenn er sein ein-

mal erreichtes ethisches Niveau halten will. So kommt es, daß unter lang dauernden ungünstigen Milieuwirkungen nicht nur, sondern auch ohne sie, beim bloßen Gewährenlassen, auch von ursprünglich guten und tüchtigen Charakterveranlagungen ein Stück nach dem anderen abbröckelt und verloren geht. Bei Kranken, die jahrelang in ungünstigem Milieu gelebt haben, wird es demnach ohne genaue Kenntnis der Anamnese nicht immer ganz leicht sein zu entscheiden, wie weit vorhandene häßliche Eigenschaften noch Ausfluß der ursprünglichen Persönlichkeit, wie weit späterer Erwerb während der Krankheit, also „sekundär" im *Bleuler*schen Sinne, sind. Die Krankheit selbst dürfen wir aber dabei am allerwenigsten verantwortlich machen. Wir sehen schon hieraus, daß unsere therapeutische Fürsorge sich nicht darin erschöpfen darf, nur die schlimmsten Milieuschädlichkeiten aus der Anstalt zu bannen, sondern daß ihr hohe und vielleicht die höchsten Aufgaben gerade auch bei den noch nicht unsozialen und sogar dem sozial wertvollen Teil unserer Kranken erwachsen.

Alle Therapie ist Umweltgestaltung, im weitesten Sinn des Wortes. Auch das Digitalis-Infus, das ich dem Herzkranken eingebe, stellt nur eine der Umwelt (Arzt — Apotheke — Pflanze „Digitalis purpurea") entstammende Beeinflussung des in Bezug auf die Herzfunktion krankhaft veränderten Lebens dar, mit dem Ziele, entweder die „krankhafte Veränderung" zu beseitigen oder, wenn das nach Lage der Verhältnisse (organischer Herzfehler!) nicht möglich ist, sie wenigstens zu bessern, oder auch nur in ihrer funktionellen Auswirkung zu kompensieren. Eine „aktive" Therapie wird immer darin bestehen, daß der Arzt sich nicht damit begnügt, das eine oder andere besonders hervorstechende Symptom festzustellen und darauf — vielleicht nach Nachschlagen im Rabow — schematisch das gerade moderne Mittel zu verschreiben, sondern daß er sich zunächst eine möglichst genaue Kenntnis über gesundheitliche Konstitution, Erblichkeit, Lebensweise, frühere Erkrankungen, Entstehung des jetzigen Leidens verschafft, daran eine genaue Untersuchung des ganzen Kranken anschließt, sich erst auf Grund aller dieser Feststellungen vorsichtig ein Urteil darüber bildet, warum und wie denn die Bedingungen des Lebens hier verändert sind und wie nun die gesamten Umweltbedingungen therapeutisch zu gestalten sind, um das für den Kranken günstigste Ergebnis zu erzielen. Das „günstigste Ergebnis" wird aber immer sein, daß der Kranke soweit wie möglich wieder in Stand gesetzt wird, den Anforderungen, die das Leben an ihn stellt, zu genügen. Die „aktive" Therapie wird sich aber auch mit der Anordnung bestimmter Maßnahmen nicht begnügen, sondern sie

wird auch deren Durchführung überwachen und ihren Erfolg häufig nachprüfen, um sie ändern zu können, sobald sich zeigt, daß sie keine oder sogar ungünstige Wirkung haben.

Das alles gilt genau und ohne jede Einschränkung auch für die Therapie der Geisteskrankheiten innerhalb und außerhalb der Anstalt. Auch hier beginnt die „aktive" Therapie zunächst mit Fragestellungen: Was habe ich in dem mir gegenübertretenden Krankheitsbild eigentlich vor mir? Was steckt alles drin? — Was ist daran das Wesen, was nur äußere Erscheinungsform? Was ist nur elementare Auswirkung der Lebensenergie, welches Maß und welche Zusammensetzung elementarer Kräfte und Fähigkeiten hat dieser Mensch als erbliches Vermächtnis seiner Erzeuger mit auf die Welt gebracht, unter welchen Einflüssen, in welchem Maße, in welcher Richtung sind sie weiter entwickelt — oder auch nicht entwickelt — worden? — In welchem Maße haben sich durch Gewöhnung bestimmte Einstellungen in Empfinden, Denken, Reaktionsformen als „Charakter" fixiert und welchen Anteil haben diese am Krankheitsbild? — Wie haben sich die Umweltbeziehungen weiterhin gestaltet in ihrer Wechselbeziehung auf das ganze psychische Leben? Wann, wie und unter welchen Umständen traten in dem Verhalten des Kranken die Veränderungen auf, die auf eine „krankhafte Schädigung" seiner Nervenelemente schließen lassen? Welches sind die unmittelbaren Auswirkungen dieser Schädigung auf die elementaren Kräfte und Fähigkeiten? Wie haben sich nun, in der Wechselwirkung der krankhaft veränderten Persönlichkeit mit der Umwelt, sekundäre weitere Veränderungen herausgebildet, und welchen Anteil haben diese an dem Krankheitsbild? Die Bedeutung aller dieser Fragestellungen ergibt sich ohne weiteres aus den vorstehenden allgemeinen Betrachtungen. Erst, wenn wir die Antworten auf alle diese Fragen nachdenkend miteinander in Beziehung bringen, kommen wir zu einer einigermaßen klaren Vorstellung darüber, was ist; dann erst haben wir die Grundlagen zum weiteren Nachdenken, was nun werden soll: Welche von den Komponenten des Gesamtbildes können wir überhaupt therapeutisch beeinflussen? Welcher Art kann diese Beeinflussung sein? Welche Mittel stehen uns zur Verfügung? Wie wird, wenn wir alle individuellen Belange, die normalen und die pathologischen, in Rechnung stellen, und auch unsere frühere Erfahrung enbeziehen, gerade dieser Kranke auf unsere Maßnahmen reagieren? Dienn Letzteres ist ja gerade das Ziel unseres ganzen Tuns: wir wollen erreichen, daß der Kranke durch unsere Therapie seine Reaktionsweise ändert. Die Reaktionsweise unseres Kranken, wie die jedes

anderen Menschen auch, gibt sich uns aber immer nur in seinen einzelnen tatsächlichen Reaktionen kund; und diese sind immer das Ergebnis einer Wechselbeziehung, nämlich zwischen dem Kranken und seiner jeweiligen Umgebung, bzw. den von dieser Umgebung ausgehenden Reizen. Jedes Einzelereignis, das uns bei einem unserer Kranken nicht gefällt, werden wir daher auch bezüglich der auslösenden, in der Umwelt liegenden Ursachen nachprüfen müssen. Die zu ergreifenden Maßnahmen werden dann unter Umständen gar nicht unmittelbar bei dem störenden Kranken, sondern kausal bei der Umwelt angreifen müssen: beim Gesamtmilieu der betreffenden Abteilung, bei einzelnen anderen Kranken, bei einem unzweckmäßigen Verhalten des Pflegepersonals oder auch des Arztes, und sei es der Direktor selber. Das soll kein Witz sein. Auch der Erfahrenste ist nicht unfehlbar. Grundlage alles persönlichen Fortschritts ist aber die Selbstkritik, der Zweifel an der eigenen Vollkommenheit. Dumm bleibt bis an sein Lebensende der, der nichts mehr dazu lernt, sei es auch nur, weil er sich einbildet, schon „Alles" oder gar „Alles besser" zu wissen. Vorwärts kommen wir nur dadurch, daß wir auch bei unserem ärztlichen Tun unsere Fehler von gestern an ihren Mißerfolgen heute erkennen und morgen vermeiden, und uns nicht immer gleich damit beruhigen, daß „da nichts zu machen" sei, da es sich „halt" um einen „unbeeinflußbaren" Katatoniker oder Epileptiker oder Paralytiker, um einen „unverbesserlichen, depravierten Psychopathen" usw. handle. „Aktivität" bedeutet, daß da, wo etwas krank, häßlich, unsozial, unvollkommen ist, etwas geschieht, um den unerwünschten Zustand zu bessern. Der Komparativ: „Mehr Aktivität" bedeutet, daß dieses „Geschehen", dieses überlegende Handeln mit zähester Ausdauer auch all' die großen Schwierigkeiten zu überwinden sucht, die sich unter einem großen und vielseitigen Krankenmaterial immer wieder darbieten; und daß jeder anfängliche Mißerfolg nicht das Ende der therapeutischen Bestrebungen, sondern nur einen Abschnitt in ihnen bedeutet, an den sich neue Abschnitte so lange anschließen, bis schließlich doch noch ein Weg gefunden wird, der vorwärts führt. Die Berechtigung dieser „aktiveren Therapie" gründet sich auf die Erkenntnis, daß es in dem Krankenbestand einer Heilanstalt nur ganz wenige gibt, an denen ein erfolgreiches Arbeiten nicht noch möglich wäre, und sei der Erfolg auch noch so bescheiden, und bestände er auch oft nur darin, daß ein tieferes Absinken in einen menschenunwürdigen Zustand verhütet wird, als das durch das Wesen der Krankheit ohnehin bedingt wird.

Nie außer Augen lassen darf aber der Arzt, daß sich der beste Teil

jeder „aktiveren Therapie“ nicht in den Muskeln der „fleißig arbeitenden“ Kranken, und auch nicht in den Fäusten der die „unsozialen“ Kranken bändigenden Pfleger, sondern im Hirn des behandelnden Arztes abspielt.

Ich könnte damit meine Ausführungen beschließen. Denn das Grundsätzliche zur Sache ist alles gesagt. — Für den praktisch tätigen Anstaltspsychiater wird es aber vielleicht von Interesse sein, an Beispielen zu prüfen, wie sich diese Grundsätze im täglichen Anstaltsbetrieb und im ärztlichen Tun wirklich auswirken. Es ist im Rahmen einer kurzen Abhandlung nicht möglich, eine erschöpfende Darstellung der gesamten, so überaus vielseitigen Anstaltstherapie zu geben. Nur einzelne Gesichtspunkte, die mir besonders wesentlich zu sein scheinen, sollen aus dem großen Material herausgegriffen werden, besonders solche, die nicht dem heute allgemein Üblichen entsprechen, oder welche auch einen mehr oder weniger deutlichen Widerspruch gefunden haben. Dabei bitte ich folgendes zu berücksichtigen: Auch eine Anstalt ist gewissermaßen ein lebender Organismus, der, wie alles Lebendige, in dauerndem Werden und in dauernder Umgestaltung begriffen ist, und dessen gegenwärtige „Erscheinungsform“ das Ergebnis aus „ererbter Veranlagung“ und den „Umwelteinflüssen seit der Geburt“ ist. In den Organismus einer neuen Anstalt gehen mit dem ersten Direktor und mit den aus anderen Anstalten kommenden Ärzten „Traditionen“ in Behandlungsweisen und Anschauungen über und bilden sich hier wieder, auf Grund der gemachten Erfahrungen, weiter. Vieles von dem Grundsätzlichen unserer Krankenbehandlung ist längst Gemeingut der Psychiatrie. Auch wo das nicht der Fall ist, braucht es nicht originell, für Gütersloh „autochthon“ zu sein. In weitem Umfange sind hier noch Traditionen wirksam, die noch aus meiner Lehrzeit in Saargemünd und Aplerbeck stammen. Nicht alles, was wir tun und wie wir es tun, macht den Anspruch, das allein Richtige, ja noch nicht einmal das überhaupt Richtige zu zu sein. Nicht nur nach Rom führen viele Wege, sondern auch eine wirklich „aktive“ Therapie bietet, das gehört ja geradezu zu ihrem Wesen, den verschiedenartigsten, ja allen Behandlungsformen und Anschauungen Gelegenheit, sich zu betätigen und — dabei aber auch zu zeigen, was sie leisten, oder auch nicht leisten können. Was sie wert sind, wird man immer nur an ihren Früchten erkennen. Aber hierbei gilt: „Si duo faciunt idem, non est idem“: Ob ein Baum Früchte trägt und ob diese was taugen, hängt nicht nur von der gepflanzten Obstsorte, sondern auch vom Gärtner ab, hängt davon ab, wohin er den Baum gepflanzt hat und wie er ihn pflegt. Nicht jede Obstsorte

bringt in jedem Klima gute Früchte; und nicht jede Behandlungsform paßt für jede Anstalt und für jeden Arzt und am allerwenigsten für jeden Kranken. Wo die Meinungen über die Zweckmäßigkeit oder den Erfolg einer Behandlungsform auseinandergehen, liegt die letzte Ursache dieser Verschiedenheit oft nicht in dem angewendeten Mittel an sich, sondern in der Persönlichkeit dessen, der sich mit ihm versucht hat. Nicht selten wird es sich sogar um Versuche des gerade für dieses Mittel untauglichen Subjekts am für dieses Mittel untauglichen Objekt handeln. Daß dabei nicht viel Gutes herauskommen kann, bedarf keines weiteren Wortes. Auf diese persönliche Seite der „aktiveren Therapie" wird am Schlusse noch einmal im Zusammenhange zurückzukommen sein.

Die Milieugestaltung. Wir haben es hierbei im Grunde genommen noch gar nicht mit „Therapie", sondern nur mit einer Forderung elementarster psychischer Hygiene zu tun. Von jedem allgemeinen Krankenhaus verlangt man heute als etwas ganz Selbstverständliches, daß in ihm die Forderungen der modernen Hygiene einwandfrei erfüllt sind, und daß die Kranken darin nicht Infektionsgefahren und anderen Schädlichkeiten ausgesetzt sind. Im höchsten Grade schädlich und eine psychische Infektionsquelle schlimmster Art sind aber für alle Arten von Psychisch-Kranken die in ihrer Umgebung sich häufig wiederholenden aufgeregten und häßlichen Szenen, die Affektausbrüche, der ewige Zank und Streit, ganz abgesehen von den nicht seltenen Mißhandlungen, welche gerade die harmloseren und wehrloseren Kranken von den unsozialen Elementen zu erdulden haben. Das Milieu einer Gemeinschaft von Menschen, sei es eine Familie oder eine Krankenabteilung, kann ich nur verbessern, indem ich die einzelnen Mitglieder dieser Gemeinschaft durch veränderte Gewöhnung zu einem geordneterem Verhalten bringe. Das kann ich aber bei unseren Kranken nur erreichen, indem

1. alle abwegigen, unsozialen Reaktionen möglichst verhütet, in ihrem Ablauf gehemmt und alle schädlichen Reize und Gemütserregungen tunlichst ausgeschaltet werden.

2. möglichst viele geordnete Reaktionen das Zentralnervensystem des Kranken durchlaufen.

Für die Erfüllung der zweiten Forderung sorgt die Beschäftigungstherapie in allen ihren Formen. Die erste Forderung kann sie allein nicht erfüllen. Für die Praxis verdichtet sie sich dahin, daß jeder Kranke das Recht auf eine geordnete und ruhige, ihn nicht aufregende Umgebung hat und daß es zwingende Aufgabe(kategorischer Imperativ!) für Arzt und Pflegepersonal ist, ihm diese, von schäd-

lichen Momenten freie, Umgebung zu schaffen. Dieses Recht ist allerdings ganz logisch auch mit einer Pflicht verbunden: sich selber dem entsprechend, d. h. ruhig und anständig, zu benehmen. Die keine Ausnahme duldende Konsequenz, mit der diese Grundsätze in der ganzen Anstalt durchgehalten werden, erklärt vielleicht das ganze Geheimnis, warum sich so gut wie alle unsere Kranken so ruhig und anständig benehmen, wie sie es tatsächlich tun und warum unsere Besucher selbst auf den schwierigsten Krankenabteilungen so selten einer wirklichen Unruhe oder sonstigen Störung begegnen: Wir dulden einfach keine Störung in den gemeinsamen Räumen und deshalb ist auch keine da. Das klingt sehr einfach, ist aber in der Durchführung oft außerordentlich schwer; und eine schwierige Frauenabteilung sicher in der Hand und in der Führung zu behalten erfordert die volle Meisterschaft des erfahrenen Psychiaters. Mit einigen schlagwortartigen Hilfsmitteln (Beschäftigung, Wegführen, Isolieren der Störenden usw.) ist das Ziel nicht zu erreichen.

Die schweren Milieustörungen werden in unseren Anstalten meist durch Kranke verursacht, die schon länger in der Anstalt sind; und zwar sind es immer nur wenige, und immer die gleichen, welche die Störungen veranlassen. Jahrelang finden sich diese Kranken auf den „Unruhigenabteilungen", weil sie unsozial sind, und sie bleiben ewig unsozial, weil sie in solchem Milieu sicher keine innere Umstellung erleben können.

Versetzen wir uns nun nochmals zurück zu jener eingangs geschilderten, so unerquicklich verlaufenen ärztlichen Visite: Ehe der Arzt kam, war es auf der Abteilung leidlich ruhig gewesen. Erst sein Kommen hatte den ganzen Spektakel ausgelöst. Die Erste, die jedesmal auf den Arzt losschießt, sobald er den Saal betritt, ist A (s. Seite 71). Ihr Wunsch, entlassen zu werden, ist nichts Krankhaftes. Aber schon die Stimme, in der der Wunsch vorgebracht wird, hat etwas aggressiv-Drohendes, einen maulend-keifenden Unterton, der sich mit automatisch steigendem Affekt immer mehr verstärkt. Es ist eine paranoid-Schizophrene mit gar nicht so erheblicher Zerfahrenheit, aber auffallender Einförmigkeit der sprachlichen Äußerungen, die sich fast nur noch auf die Einsperrung, zu der man „kein Recht" habe, beziehen; je mehr allerdings der Affekt steigt, desto unlogischer werden ihre Reden (der Affekt tötet noch den Rest von Verstand, der vorher noch da war!), die zuletzt nur noch in allerlei Drohungen und Beschimpfungen ausarten. Für solche Fälle typische Anamnese: Stammt aus einfachen aber ordentlichen Verhältnissen; Jugend ohne Besonderes; war fleißige Hausfrau, resolut, war aber Herrscherin im Hause; es war nicht immer „gut Kirschen essen" mit ihr. Beginn der Psychose längere Monate vor der Internierung, allmählich: Nachlassen der Aufmerksamkeit und Fürsorglichkeit im Haushalt, gesteigerte Reizbarkeit, hatte leicht Konflikte mit anderen Hausbewohnern; diesen gegenüber traten allerlei Beeinträchtigungsvorstellungen zu Tage (man rede

Schlechtes über sie, hetze ihren Mann gegen sie auf, wolle sie aus dem Hause treiben usw.); ob Sinnestäuschungen, zweifelhaft. Es kommt in der Familie und mit den Hausgenossen zu immer häßlicheren Szenen, die ungefähr genau so aussahen, wie die, die sie jetzt dem Arzte täglich macht; deshalb die Internierung; und nicht wegen der zweifellos vorhandenen, schleichend verlaufenen und längst zu einem gewissen Stillstand gekommenen Schizophrenie an sich. Vom biologischen Standpunkte aus sehen wir: Kräftige Lebensenergie, die auf starke und selbständige Auswirkung drängt, starke Ansprechbarkeit, die aber auch schnell zu starken Affektentladungen neigt. Kinderstube, die in dieser Richtung eine sozialere Charakterbildung bewirkt hätte, hat gefehlt; Selbstbeherrschung, im Sinne des „automatisch" beherrschten Wesens, hat sich bei dieser, sonst tüchtigen, Frau nie entwickelt. Solange sie gesund war, sorgte die, im wesentlichen auf die Zweckmäßigkeiten des Augenblicks abgestellte und dauernd durch Erfahrungen aus der Umwelt beeinflußte Selbstführung für einigermaßen reibungslose Umweltbeziehungen. Die durch die auftretende Psychose bewirkten elementaren Schädigungen trafen, wie das immer der Fall ist, zuerst und am stärksten die in der biologischen Entwicklung jüngeren und deshalb auch weniger widerstandsfähigen Kräfte und Fähigkeiten: die Sicherheit und den Zusammenhang des Denkens, die Fähigkeit, das eigene Auswirke- und Auslebebedürfnis in geordnete, logische Beziehungen zu setzen zu den Notwendigkeiten des Gemeinschaftslebens und damit das immer nötige Kompromiß zwischen diesen beiden — sich in ihrem Wesen widerstrebenden — Gegebenheiten herzustellen. So kam es auch bei A. ganz zwangläufig zum Kampfe zwischen beiden. Wie dieser Kampf von seiten der Umwelt vor der Anstaltsaufnahme geführt worden ist, können wir uns denken; denn wo wir in solche Verhältnisse einmal hineinblicken können, ist es immer dasselbe: Man wird den affektgeladenen Reden, Vorwürfen usw. der Kranken auch mit Affekten begegnet sein, ein Wort, ein Vorwurf, eine Beschimpfung zog die andere nach sich, schließlich hat man sich geprügelt; der den Erwachsenen gegenüber ohnmächtige Zorn wirkte sich besonders an den wehrlosen Kindern aus. Dazwischen versuchte auch der ratlose Ehemann, durch gute Ermahnungen und durch Zureden, seine Frau „zur Vernunft zu bringen", natürlich ohne jede Wirkung, da ja die natürlichen Voraussetzungen für die Aufnahme und das Verarbeiten dieser „persönlichen, mittelbaren Erfahrung durch Belehrung" (s. o.) infolge der Krankheit gar nicht mehr gegeben waren. Diese Versuche konnten vielmehr elementar nur auf Ablehnung stoßen oder gar als Reiz für neue affektive Entladung wirken. Meist dauert es recht lange, bis die Angehörigen es erkennen oder wenigstens es sich eingestehen wollen, daß hier eine geistige Erkrankung im Spiel ist. Sind sie aber endlich zu dieser Erkenntnis gelangt, dann treten andere verhängnisvolle Umweltwirkungen in Kraft: Man begegnet der Kranken mit Scheu und Nachsicht, läßt ihr alles hingehen, tut ihr — „um des Friedens willen" — soweit wie nur möglich den Willen; alles nach dem bewußt oder instinktiv wirksamen Grundsatz, daß „die arme Kranke" ja nichts für ihre Krankheit kann und für ihr Tun nicht verantwortlich ist. Mit dieser Einstellung verzichtet aber die Umwelt so gut wie auf jede korrigierende Wechselwirkung auf die Kranke. Welche Folgen das wieder auf die psychische

Weiterentwicklung („sekundäre“ Krankheitserscheinungen!) haben **muß**, soll hier nicht wiederholt werden. — Zuletzt landet die Kranke in der Anstalt. Daß auch hier die „Therapie“ trotz dem bereits langen Anstaltsaufenthalt noch keine wesentliche Änderung herbeigeführt hat, sehen wir bei jeder Visite.

Soviel über das, was bei Frau A. bisher gewesen ist und was jetzt ist. Nun zu dem, was werden soll: Wir müssen dafür sorgen, daß die affektiven Entladungen bei ihr nicht mehr eintreten. Das Nächstliegende dazu ist es, die auslösenden Reize zu vermeiden. Das ist leicht, wenn — was häufig vorkommt — die Erregungen wirklich nur bei der ärztlichen Visite eintreten. Wir brauchen nur das Zusammentreffen der Kranken mit dem Arzte zu verhüten. Ist die Kranke in ihrem äußeren Verhalten sonst geordnet und zur Beschäftigung geneigt, so genügt es, daß sie — wie zufällig; die Kranke soll den wirklichen Zusammenhang gar nicht merken, damit nicht dadurch neue Affekte und neue Auflehnung hervorgerufen werden! — zur regelmäßigen Visitenzeit mit oder ohne Aufsicht einer Pflegerin „abseits beschäftigt“ wird, etwa mit Bettenmachen in dem — dann leeren — Schlafsaal, mit Aufräumen im Badezimmer, mit irgendwelchen Putz- oder Reinigungsarbeiten. Häufig lassen wir auch gerade solche paranoide Kranke, die die Neigung haben, bei der Visite mit ihren Wahnvorstellungen an den Arzt heranzukommen und sich dabei schnell an ihrem eigenen Reden in starken Affekt hineinzusteigern, bis nach der morgendlichen Hauptvisite zu Bett liegen. Der Arzt behält es dann völlig in der Hand, auch diese Kranken kurz zu begrüßen, es dabei aber zu jenen Affektentladungen gar nicht kommen zu lassen, indem er sich dem Zusammensein entzieht, sobald er merkt, daß es einen irgendwie unerwünschten Verlauf nimmt. Häufig gehört es auch geradezu zu einer „aktiven“ Therapie, daß der Arzt einen affektgeladenen, reizbaren Kranken, der wegen dieser Beschaffenheit aus dem gemeinsamen Raum fern gehalten wird, überhaupt nicht besucht, sondern ihn „in Ruhe läßt“. Ich weiß, daß das unserer alten Einstellung zur irrenärztlichen Tätigkeit widerspricht, die von uns forderte, jeden Kranken an jedem Tage mindestens einmal zu besuchen, dabei sich von seinem Ergehen zu überzeugen, ihm Gelegenheit zur Aussprache, zum Vorbringen etwaiger Beschwerden, Wünsche zu geben. Heute vermeide ich es peinlich, auf einer Unruhigen-Abteilung den an den Haupttagesraum anstoßenden Wachsaal oder irgend einen anderen Nebenraum zu betreten, wenn ich mich nicht vorher genau erkundigt habe, wer sich in dem Raume befindet und in welcher psychischen Verfassung er gerade ist, ob insbesondere affektive Entladungen möglich, zu befürchten oder gar mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit

zu erwarten sind. Ist letzteres der Fall, so betrachte ich es geradezu als einen Kunstfehler, den Raum zu betreten, andernfalls muß ich abwägen, ob ich es riskieren will. Diese Vorsicht geht so weit, daß ich häufig, um von einem Flügel eines Krankengebäudes in den entgegengesetzten zu gelangen, den Umweg über zwei Treppen und zwei Ausgänge und durch den Garten mache, lediglich um einem Wachsaal auszuweichen, von dem ich nicht sicher bin, ob da nicht durch mein Erscheinen irgend ein Affektausbruch oder eine andere Störung ausgelöst wird.

Werden auf diese Weise die Anlässe für die gewohnheitsmäßigen Affektausbrüche und damit diese selbst wirklich ausgeschaltet, so werden wir bald feststellen, daß wir dieselben Kranken auch einmal, zunächst nur im Vorbeigehen von ferne, dann auch wieder persönlicher, begrüßen können, ohne das frühere affektive Loslegen zu erleben: es geht, wie mit allem Geübten und Gewohnten: laufen die geübten und gewohnten Reaktionen einmal eine zeitlang tatsächlich nicht ab, dann wird auch die Bereitschaft dazu geringer. Ist das erreicht, dann muß es zielbewußt und ausdauernd, aber mit der größten Vorsicht, damit nicht Rückfälle eintreten, weiter gehen: Frau A. bleibt wieder einmal zur regelmäßigen Visite im gemeinsamen Saal, ist aber bei ihrer Beschäftigung so placiert, daß sie nicht so ohne weiteres wieder ihren Platz verlassen und auf den Arzt zugehen kann. Der Arzt beachtet sie zunächst scheinbar nicht, erledigt seine übrigen Aufgaben im Raume und wendet sich erst zuletzt der Gruppe oder dem Tische zu, wo A. sich befindet, begrüßt die Einzelnen der Reihe nach und dabei auch A. als ob überhaupt niemals etwas anders gewesen wäre, ist aber ihr gegenüber noch vorsichtig, sich in eine längere Unterhaltung verwickeln zu lassen, welche die Gefahr bedingen würde, daß dabei das alte affektbetonte Thema wieder angeschnitten wird. Allmählich gelangen wir aber dahin, daß wir auch in dieser Beziehung weniger ängstlich zu sein brauchen, da die Kranke auch ihre Entlassungswünsche frei von der früher damit verbundenen Affektentladung, anständig, ruhig vorbringt und auch die Bedenken, die der Arzt dagegen geltend macht, wenigstens ruhig anhört. Ist eine Kranke dieser Art soweit, dann ist es wichtig, sie bald aus dem Milieu der unsozialen Überwachungsabteilung herauszunehmen und in ruhigere, weniger affektgeschwängerte Verhältnisse zu versetzen. Das ist der Prüfstein, ob die „Umgewöhnung“ schon einigermaßen Wurzel geschlagen hat oder nicht. Auch jetzt muß wieder ohne daß die Kranke es merkt — noch sehr auf sie aufgepaßt werden, daß die geringsten Ansätze, wieder in die frühere Unbeherrschtheit zurückzufallen,

sofort bemerkt und bekämpft werden können, nötigenfalls durch Zurückführung unter schärfere Überwachung, vielleicht auch nur durch Verlegen zu einer besonders ruhigen, aufmerksamen und geschickten Pflegeperson.

Ich habe diesen typischen, in seinen ganzen Zusammenhängen verhältnismäßig einfachen Fall so eingehend besprochen, und dabei selbst Wiederholungen aus dem allgemeineren Teil dieser Arbeit nicht gescheut, um an ihm möglichst unzweideutig zu zeigen, was ich unter „aktivere Therapie" verstehe und ein wie geringer Teil davon die „vermehrte Beschäftigungstherapie" ist, von der man im Zusammenhang mit Gütersloh meist nur zu sprechen pflegt.

Die ungehemmten Affektentladungen aller Art sind es in allererster Linie, welche uns das Anstaltsmilieu so sehr verderben. Nicht immer geht es mit der Bekämpfung so glatt und so einfach, wie im Falle A. Oft sind auch die psycho-biologischen Zusammenhänge ganz andere. Geprüft werden müssen sie vom Arzte in jedem Falle, wenn er nicht eine Therapie „ins Blaue hinein" treiben will. Oft knüpfen sich affektive Entladungen gar nicht an bestimmte, voraussehbare und deshalb verhütbare Erlebnisse, sondern an die vielen geringfügigen, im täglichen Zusammensein zahlreicher Menschen unvermeidlichen Reibungen. Hier bleibt die Therapie grundsätzlich die gleiche; nur ist die praktische Durchführung schwieriger. Hier ist auch der Arzt mehr auf die dauernde verständnisvolle Mitarbeit durch aufmerksames, regsames und unbedingt zuverlässiges Pflegepersonal angewiesen, ohne das überhaupt eine erfolgreiche Therapie nicht zu treiben ist. Wie der Arzt, so muß auch das Pflegepersonal einer schwierigen Krankenabteilung über die Mentalität der einzelnen ihm anvertrauten Kranken immer genau orientiert sein; denn nur dadurch sind beide in der Lage, vorausschauend, vorausberechnend, unheilverhütend tätig zu sein.

Verhältnismäßig harmlos ist die Kranke B. (s. Seite 71). Vielleicht war es nur Nachahmung des Beispiels der anderen, als sie auch auf den Arzt zuging, um ihre depressive Klage vorzubringen, und es genügen einige freundliche Worte, sie wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzuführen. Heute würde unser Pflegepersonal ganz von selbst die Kranke von vornherein auf ihrem Platz zurückgehalten haben; und sie wäre dann sicher ganz ruhig geblieben. Die unter C. genannten Kranken sind offensichtlich erst durch das Verhalten von A. zu ihrem Eingreifen angeregt; ebenso die Kranken F. und G. Die durch sie verursachte Störung wird von selbst ausbleiben, wenn die Störung A. vermieden wird.

Die erotische Überrumpelung des Arztes durch D. und ihren widerwärtigen Eindruck auf die Kranken würde heute ein aufmerksames Personal unbedingt verhüten. Kranke, die allen Menschen anderen Geschlechts gegenüber eine merkbare Erotik zeigen, halten wir vom anderen Geschlecht möglichst fern. Bei den Visiten sind sie tunlichst „abseits beschäftigt" und der Arzt beschäftigt sich mit solchen weiblichen Kranken nur so weit, als das klinisch notwendig ist, vermeidet besonders peinlich — schon aus persönlichem Sauberkeitsbedürfnis heraus — jede körperliche Berührung mit ihnen, auch das Geben der Hand. Auch das geschieht unauffällig mit möglichstem Takt, ohne Schroffheit und mit starker Unterstützung durch die Aufmerksamkeit des Pflegepersonals. Übrigens sind nach unseren Erfahrungen die Kranken mit diesen aufdringlichen erotischen Neigungen nicht zahlreich; sie machen zur Zeit bei Männern und Frauen etwa 1% des Krankenbestandes aus. Bei allen hat aber eine zielsichere Erziehung im vorbesprochenen Sinne doch den Erfolg, daß sich wenigstens die aufdringliche Äußerungsform mildert und schließlich sogar verschwinden kann. Wenn man nicht besonders darauf achtet, merkt man kaum mehr etwas davon. Gegenüber den physiologischen sexuellen Wünschen und Neigungen der Kranken, die ja in der Anstalt keine Befriedigung finden können, können wir natürlich nur ablenkend vorgehen, indem wir das Denken der Kranken möglichst mit anderen Dingen beschäftigen. Einflechten möchte ich hierzu eine Bemerkung, die mir einmal eine jüngere Schizophrene aus einfachem Arbeiterstand nach einem Anstaltsfeste machte. Es war von Pflegerinnen ein kleines Lustspiel aufgeführt worden, in dem sich ein Liebespaar nach allerlei lustigen Verwicklungen schließlich „kriegte". Die Kranke meinte: „Man sollte uns solche Liebesgeschichten eigentlich nicht vorspielen, da es für uns doch niemals so etwas gibt". Die Bemerkung hat mich sehr nachdenklich gestimmt! Um das unerquickliche Thema des Sexuellen hier gleich im Zusammenhang endgültig zu erledigen, sei noch erwähnt, daß wir, wie das überall sonst auch der Fall ist, die bei jüngeren und auch alten männlichen und weiblichen Kranken gar nicht so seltene Neigung zur gleichgeschlechtlichen erotischen Betätigung nur durch dauernde sehr gute Überwachung der Betreffenden bekämpfen, bzw. ihre Betätigung verhüten können.

Wenden wir uns zu den Kranken E. H. J. M. (s. Seite 71 f.). Hier haben wir im wesentlichen eine ungezogene Äußerungsform schlechter Laune vor uns. Wir finden diesen Typus auf unseren „Unruhigen-Abteilungen" sehr häufig. Durchweg sind es Schizophrene, bald mehr der katatonen, bald mehr der hebephrenen Form, fast

immer mit sehr erheblichen geistigen Defekten, starker Einbuße an spontaner Regsamkeit und an Zusammenhang des Denkens, sich selbst überlassen mit mißmutig — ärgerlichem Gesichtsausdruck dasitzend, der die „personifizierte üble Laune" ausdrückt; einer geordneten Aussprache so gut wie nie zugänglich. Beim Versuch dazu stößt man entweder auf die skizzierten abweisenden Reaktionsformen, auf gereizte Ablehnung, grobes Schimpfen oder gar Drohen, oder es fehlt überhaupt jede sprachliche Äußerung. So befinden sich diese Kranken, obwohl vielleicht fleißig arbeitend, in völliger psychischer Isolierung. Sicher gehen in vielen dieser Köpfe klare und zusammenhängende Gedanken überhaupt nicht vor sich. Warum sie schlecht gelaunt sind, würden sie auch selbst kaum angeben können. Eben so sicher haben wir aber auch hier eine Form der im Unbewußten sich abspielenden biologischen Abwehr der von außen kommenden Einwirkungen vor uns. Auch hier wird die unfreiwillige Internierung und die darin liegende Beschränkung der freien Auswirkung der eigenen Lebensenergie eine wichtige ursächliche Rolle spielen. Zu einer kräftigeren und halbwegs logischen, wenn auch mindestens eben so unsozialen Form der Abwehr, wie etwa bei der Kranken A., langt es aber bei diesen Kranken nicht mehr. Daher die — doch immer schwächliche — Beschränkung auf Demonstration wenigstens des Gekränktseins, der Unzufriedenheit mit den Gegebenheiten der Umwelt. Wir finden diese Reaktionsform, aber nicht gerade als Symptom geistiger Kraft, sehr häufig auch im Bereiche des Normalen. Die sich aus der üblen Laune ohne Weiteres ergebende dauernde Gereiztheit birgt dazu noch die beständige Gefahr von Konflikten in sich, und wir haben in ihr wohl die ergiebigste Quelle für all das Häßliche und Schädliche, was unser altes Anstaltsmilieu charakterisierte. Wichtiges Vorbeugungs- und Heilmittel ist gerade für dieses Krankheitssymptom unseres Anstaltsmilieus die möglichst ausgedehnte geregelte Beschäftigung der Kranken. Sie greift das Übel an seiner Wurzel an, indem sie dem biologischen Auswirkebedürfnis überhaupt wieder ein Ziel, und zwar ein in der sozialeren Richtung gelegenes Ziel, gibt. Davon hat der erste Teil dieser Arbeit gehandelt. Was dann noch übrig bleibt, verlangt zur erfolgreichen Bekämpfung noch sehr viel Aufmerksamkeit, Umsicht, Nachdenken, und noch mehr Ausdauer und unverdrossene Zähigkeit der beteiligten Ärzte und Pfleger. Auch hier liegt der Schwerpunkt der Therapie mehr in vorausdenkendem Vorbeugen und Verhüten, als in der — immer unerquicklichen — Bekämpfung bereits ausgebrochener Störungen. Es handelt sich darum, vorhandene unsoziale Gewöhnungen gewissermaßen zur „Inaktivitätsatrophie"

zu bringen und an ihrer Stelle sozialere Gewöhnungen zu züchten, was nur dann gelingen kann, wenn möglichst alle Fehlreaktionen, das sind hier eben die unsozialen Reaktionen, vermieden werden. Schon am Morgen, beim Durchsehen des Nachtberichtes, beginnt die voraussehende Überlegung: M. hat die ganze Nacht, ohne störend zu sein, schlaflos im Bett gelegen. Sie war infolgedessen schon beim Aufstehen besonders schlechter Laune. Geben wir ihr am Vormittag einige Stunden Gelegenheit, den ausgebliebenen Schlaf nachzuholen, dann wird die Laune besser sein. E. hat Menses; man weiß, daß diese Tage bei ihr kritisch sind; man weiß aber auch, daß bei ihr in diesen Tagen eine verlängerte Bettruhe die Laune und die Reizbarkeit mildert. Eine andere Kranke hatte bereits beim Aufstehen aus nichtigem Anlaß einen kleinen Konflikt, der ihre Gereiztheit vermehrt hat. Auch hier hätten wohl 1—2 Stunden Alleinseins im Bett das psychische Gleichgewicht wieder hergestellt. Man wird weiter Kranke, von denen man weiß, daß sie leicht in Konflikt miteinander geraten, nicht unmittelbar zusammentreffen lassen. Jeder erfahrene Pfleger wird Kranke, die die Neigung haben, andere Kranke ohne jeden Anlaß zu prügeln, immer nur *neben recht wehrhafte Kranke* setzen, die sich das nicht gefallen lassen; der Erfolg dieser Maßnahme ist aber nicht der, daß nun eine gegenseitige Prügelei entstehen muß, sondern der, daß überhaupt nicht geprügelt wird. Denn selbst der vorgeschrittene Schizophrene pflegt sich sehr wohl die Leute auszusuchen, an denen er seine schlechte Laune auslassen will. Die Aussicht, dabei schlechte Erfahrungen zu machen, wirkt als mittelbare Logik auch noch auf *sein* Unterbewußtsein. Wird in dieser peinlich-umsichtigen Weise auf alle Vorgänge einer Krankenabteilung bei Tag und Nacht geachtet, und führt jede auf drohendes Unheil hindeutende Beobachtung *prompt, konsequent und logisch* zu den entsprechenden Gegenmaßnahmen, dann, aber auch nur dann, werden wir *allgemeine* Ruhe und Ordnung wirklich erreichen. Haben alle unsere *vorbeugenden* Maßnahmen nicht dazu ausgereicht und bricht wirklich von irgend einer Seite ein unsoziales Verhalten, wie Schimpfen, Hetzen, ein tätlicher Angriff usw. los, dann bleibt nur übrig, den Störenfried eben so sachte wie schnell *aus der Gemeinschaft zu entfernen; denn die Gemeinschaft muß geschützt werden gegen das unsoziale Verhalten des Einzelnen, das sie zu schädigen droht.* Auch diese Maßnahme ist immer mit der größten Ruhe und Vorsicht durchzuführen, so daß jede *unnötige* weitere Affekterregung des Schädlings selbst vermieden wird. Oft genügt es, dem Störenden nur einen anderen Platz im gleichen oder im benachbarten Raum (wir

haben schon mit Rücksicht auf diese Trennungsmöglichkeit grundsätzlich auf allen Abteilungen die für den Tagesaufenthalt der Kranken notwendige Grundfläche auf zwei Räume verteilt, was sich als sehr vorteilhaft erwiesen hat!); genügt das nicht, so folgt Beschäftigung in einem mehr abseits gelegenen Raum (s. o. bei Besprechung des Falles A.); als weitere, eingreifendere Hilfen kommen in Betracht: Verbringung ins Bett für einige Stunden; und wenn das alles nicht hilft, eine kurze Isolierung. Erweist sich auch das als unwirksam, dann bleibt nur noch das chemische Beruhigungsmittel als ultimum refugium. Über die letzten beiden Hilfsmittel werde ich mich unten noch im Zusammenhang zu äußern haben.

Was zunächst die konsequente Entfernung jedes störenden und durch einfache Ermahnung nicht zu beruhigenden Kranken aus dem gemeinsamen Raume betrifft, so hat uns das mancherlei Kritik eingetragen. Wir tun aber damit doch im Grunde nichts anderes, als was die Mutter mit ihrem Säugling tut, der ihr die Nachtruhe stört oder mit dem größeren Kinde, das sich im Familienzimmer störend und ungezogen benimmt. Auch der psychologische Zusammenhang ist genau der gleiche: Zunächst stelle ich damit schnell und wirksam das ruhige und geordnete Milieu wieder her, das von Seiten eines Einzelnen gestört worden ist. Ist der Grundgedanke unserer ganzen Milieutherapie richtig, daß eine geordnete Umwelt Grundbedingung aller Psychotherapie ist, und daß ein unsoziales Milieu eine hygienische Schädlichkeit allerschlimmster Art darstellt, dann muß das geordnete Milieu geschaffen werden; und wenn das richtig ist, dann müssen wir auch den Weg gehen, der zu diesem Ziel führt. Einen anderen Weg als den hier angegebenen weiß ich aber bisher nicht; und einen gezeigt hat mir auch noch keiner von den Kollegen, die sich mit unserem konsequenten Vorgehen nicht befreunden können; daß wir alle die Kranken mit einer auch nur entfernten Neigung zu Störungen ganz schematisch dauernd ins Bett oder in Dauerbad bringen, ist auch kein Weg zu unserem Ziele; denn das bedeutet nur die Verlegung der Milieustörung in einen anderen Raum. — Wir fassen den Begriff der „Störung" im Sinne dieser Maßnahmen sogar noch viel weiter, als das bisher allgemein üblich ist.

Dafür nur drei Beispiele: Die ersten beiden betreffen gegen 80jährige Frauen, senile Arteriosklerosen mit erheblichem Schwachsinn, bei der einen sogar hochgradiger Verblödung.

1. Sonntag Morgen. Tagesraum der Lazarettabteilung. Es sind etwa 40 Kranke und Sieche da, an 7 Tischen verteilt, fast durchweg mit Lesen, Bilderbetrachten, Spielen usw. beschäftigt. Mehrere intellektuell etwas höher stehende Kranke, die auf der Abteilung Pflegehilfe leisten,

spielen Karten; ich setze mich zu ihnen, um ihnen einige Spielregeln zu zeigen. Im Saal ist es ruhig und friedlich, man hört nur das leise Murmeln sich unterhaltender Stimmen. Nur aus einer Ecke tönt fortwährend ein lautes Stöhnen; dort sitzt die oben erwähnte Altersblödsinnige und läßt bei jeder Exspiration jenes Stöhnen hören; sie ist nicht lungen- oder kehlkopfkrank; vielmehr handelt es sich hier nur um eine ganz mechanische Gewöhnung. Auch die ganze Abteilung, Pflegerinnen und Kranke, hat sich an dieses Geräusch der „armen alten Frau" gewöhnt; und trotzdem wirkt es auf die Dauer im höchsten Maße störend. Ein Zureden, es zu unterlassen, ist bei der hochgradigen Verblödung aussichtslos. Ich stelle fest, daß die Kranke sich in dieser Weise häufig stundenlang betätigt und daß mans „eben erträgt", weil die Frau „ja nichts dazu kann". Ich lasse sie samt ihrem Lehnsessel in den benachbarten, leeren, Schlafsaal bringen und die Atmosphäre des ganzen Saales ist mit einem Schlage vollständig verändert. Er ist erst jetzt zu einem wirklich behaglichen Aufenthalt geworden.

2. Die zweite Kranke hat eine mäßige senile Bronchitis und muß öfter husten. Sie tut das aber in einer derart demonstrativ lauten, widerwärtig-unappetitlichen Weise, daß es ekelerregend auf jeden noch für Sauberkeit einigermaßen empfindlichen Menschen wirken muß. Aufforderungen, doch etwas leiser zu sein und ein Taschentuch vorzuhalten, werden nur mit keifender Ablehnung beantwortet („Man wird doch noch husten dürfen" usw.), so daß wieder nur übrig bleibt, sie samt ihrem Sessel so lange in einen Nebenraum zu bringen, bis sie mit ihrem Husten fertig ist.

3. 62 jährige Frau, 4 Monate vor Aufnahme mit Angst, Mißtrauen gegen die Umgebung erkrankt. Wahnvorstellungen: Man will sie mit Radioapparaten belauschen und ausfragen, hat ihr giftige Pillen ins Essen gegeben. Erhebliche Unruhe, besonders Nachts. Zuckungen (offenbar psychogen!), die sie selbst als „Veitstanz" bezeichnet, die aber mit wirklicher Chorea bestimmt nichts zu tun haben. In Anstalt ängstliche Unruhe: Hat dabei die sehr unappetitliche Gewohnheit, viel Luft zu schlucken und diese dann in starkem Rülpsen wieder von sich zu geben. Auf Ermahnung, dies zu lassen: Sie könne das nicht unterdrücken. Es komme von ihrem „Magenleiden". Untersagt man es ihr, so macht sie es stärker. Besonders stark wird es, wenn der Arzt kommt. Therapie dieser, offenbar hysterischen, Erscheinung: Wird, sobald sie das Rülpsen macht, ohne daß ein Wort dabei gesprochen wird, aus dem gemeinsamen Raume gebracht und bleibt, bis sie damit aufhört, mit einer Pflegerin im Nebenraum. Gesprochen wird mit ihr — nachdem die hysterische Natur der Erscheinung einmal feststeht — über dieses Symptom überhaupt nicht mehr. Nachdem diese Behandlung einige Tage konsequent durchgeführt ist, hat das Aufstoßen völlig aufgehört und kehrte auch später nicht wieder. Es entwickelte sich weiterhin ein paranoides Krankheitsbild. Einige Monate später, von diesem gebessert, entlassen.

Wir gehen in diesen Fällen von der Überzeugung aus, daß wir der Allgemeinheit der Kranken auch diesen Schutz vor ekelerregenden oder in ihrer langdauernden Einförmigkeit nervenaufregenden Eindrücken schuldig sind. Nimmt nicht jeder einigermaßen erzogene Mensch ganz von selbst die Rücksicht auf seine Mitmenschen, daß

er die Gesellschaft verläßt, wenn und so lange er einen häßlichen Hustenanfall absolvieren muß? Diese ganze Maßnahme der Entfernung aus dem gemeinsamen Raume hat ja nicht im entferntesten einen „Straf"-Charakter, auch nicht unmittelbar den Charakter einer Entziehungsmaßnahme, sondern sie ist von vornherein nur auf Schutz der Umgebung eingestellt. Aber ganz von selbst hat sie so gut wie immer auch nebenbei einen erzieherischen Erfolg; viele aufgeregte Kranke werden sehr schnell ruhig, wenn sie allein sind und für ihr erregtes Reden keine Zuhörer mehr haben; und das Wegbringen stellt doch eine sehr häufig auch unlustbetonte Folge des eigenen Verhaltens dar und wirkt so — ob bewußt oder unbewußt, das wird in den einzelnen Fällen verschieden sein - als starkes Motiv zu verändertem Handeln. Vor allem wirkt die — unseren Anstaltskranken jahrzehntelang ziemlich unbekannt gewordene — Erfahrung erzieherisch, daß auch der geistig Gestörte nicht in dem Sinne „unverantwortlich für sein Tun und Lassen" ist, daß er nun alles, was sein Durchsetzbedürfnis ihm eingibt, tun oder lassen kann, ohne daß die Umwelt sich dagegen wehren dürfte. Auch der Geisteskranke mutet, wie alles andere Leben, seiner Umwelt gerade um ein Geringes mehr zu, als diese sich bieten läßt; und wenn er auf wirklich ernsten und konsequenten Widerstand mit einem unsozialen Verhalten stößt, dann — kann oder lernt er auch anders. Selbst jene alten Frauen haben sich infolge konsequenter Gegenwirkung schon sehr wesentlich in ihren störenden Gewohnheiten gemildert.

Daß man auch die ganze Reihe der für die Umwelt harmloseren abwegigen Gewöhnungen, Stereotypien, Manieren, unsauberen Neigungen, das gewohnheitsmäßige Zupfen und Reißen an der Kleidung, das Abdrehen der Knöpfe, das Sammeln usw. durch gutes Aufpassen des Pflegepersonals und durch einfaches Verhindern dieser Betätigungen fast restlos aus der Anstalt beseitigen kann, ist längst bekannt; ebenso, daß auch hierbei wieder die geregelte Beschäftigung der Kranken eine geradezu befreiende Rolle spielt. Auch hierbei beruht der Erfolg lediglich auf konsequentem Nicht-Zustandekommenlassen der schädlichen Gewöhnung und auf „Heranzüchten" der nützlichen Gegengewöhnung. Es gibt in der Anstalt so gut wie keinen Kranken, der diesem elementar-biologischen Einfluß der Gewöhnung nicht noch zugänglich wäre.

Ich führe nur folgende Erfahrung an: Es war 1912 in Warstein. Wir behandelten damals die vorgeschrittenen Paralysen, wenn sie körperlich hilflos zu werden anfingen, noch im Bett. In einem Saale des Männer-

lazaretts sammelten sich dann die allerletzten Stadien der damals ganz unangreifbaren Krankheit. Jeder Psychiater kennt das Bild, das sich da entwickelte: Hilflose, jeder Selbständigkeit beraubte Körper, von geistiger Regung keine Spur mehr. Es lagen meist 6—8 solche Kranke im Saal. Alle hatten die Arme und Hände unter der Bettdecke und hantierten in ihrer blöden Weise an After und Geschlechtsteilen, so daß die Hände, wenn man sie einmal hervorholte, immer schmutzig und übelriechend waren. Meine Anordnung, man möge doch, um diesen unappetitlichen Zustand zu beenden, die Kranken daran gewöhnen, ihre Hände auf der Bettdecke liegen zu lassen, begegnete zunächst einem fast mitleidigen Lächeln der Pfleger und auch der jüngeren Ärzte. Doch nahm sich der Abteilungsarzt (unser leider im Kriege gefallener *Scherenberg*) und der Abteilungspfleger der Sache gewissenhaft und mit zäher Ausdauer an, und nach 6 Wochen war es tatsächlich erreicht, daß auch diese völlig verblödeten Kranken, bei denen von einer Einwirkung auf das Bewußtsein und den Willen keine Rede mehr sein konnte, die Hände dauernd auf der Decke liegen ließen. Zunächst mußten die Pfleger Tag und Nacht von einem Bett zum andern gehen und die immer gleich wieder unter die Decke gleitenden Hände wieder hervorholen; viele hundertmal mußte das täglich geschehen. Zunächst zeigte sich natürlich gar kein Erfolg; aber nach einigen Wochen konnte man bemerken, wie einzelne Hände schon wieder spontan unter der Decke hervorkamen, wenn der Pfleger sich näherte; immer länger blieben die Hände dann draußen und schließlich dauernd.

Nun zur Frage der Isolierung[1]).

Die Mitteilung, daß wir in gar nicht seltenen Fällen zu kurzen Isolierungen greifen, hat stellenweise zu ernster Kritik Veranlassung gegeben; am deutlichsten trat sie in der Diskussion zu meinem Innsbrucker Vortrag zutage. Gerade dort wagten sich aber auch einzelne schüchterne Geständnisse hervor, daß man auch anderswo auf die Isolierung nicht ganz verzichten könne. Ich selbst habe niemals an einer Anstalt gearbeitet, wo die Isolierung völlig verpönt war; aber sowohl in Saargemünd, als in Aplerbeck und Lengerich wurde so sparsam wie möglich davon Gebrauch gemacht. Beim Bau von Warstein habe ich etwa die Hälfte der Isolierräume verlangt, wie wir sie in Aplerbeck (eröffnet 1895) gehabt hatten, und im Programm für Gütersloh nochmals die Hälfte von Warstein. Und auch hier haben wir wieder die Hälfte der vorhandenen Isolierräume — als überflüssig — anderen Zwecken dienstbar gemacht. Aber wir haben auf jeder „Unruhigenabteilung" unmittelbar am Hauptwachsaal noch ein Isolierzimmer, und gebrauchen es auch regelmäßig. Kein vernünftiger Irrenarzt wird der Wiederaufnahme der alten Dauerisolierung das Wort reden; aber haben wir nicht auch hier vielfach das Kind mit dem Bade ausgeschüttet? Die über Monate und Jahre ausgedehnte Daueriso-

[1]) S. auch im ersten Teil dieser Arbeit. Allg. Zeitschr. Bd. 87, S. 99.

lierung mußte sich für den Kranken verhängnisvoll auswirken, wenn auch der Schutz der Umgebung gegen Angriffe durch sie gewährleistet war. Der Kranke selbst aber war in der Zelle der Auswirkung seiner Psychose wehrlos überlassen. Die in ihm vorhandene Lebensenergie konnte sich da, mangels jeder Gegenwirkung und sogar jeder Gelegenheit zu einer sozialen Auswirkung, nur nach der unsozialen, abwegigen Richtung betätigen. Es ist aber hinsichtlich der psychischen Wirkung etwas ganz anderes, wenn wir einen Kranken, der durch lautes Wesen oder durch Angriffe den Frieden — den so bitter nötigen Frieden — seiner Mitwelt stört, und bei dem die einfache Entfernung aus dem Gemeinschaftsraum nicht ausreicht (fortgesetztes lautes Schreien, Drohen mit Gewalttat) für einige Minuten in einen gegen seine akustischen und Gewaltbetätigungen hinreichend gesicherten Raum einschließen. Nur durch diese Sicherung unterscheidet sich die Isolierung von dem bereits besprochenen einfachen „Entfernen" aus dem Gemeinschaftsraum; und auch für die Psychologie des ganzen Vorgehens, einschließlich seiner Wirkungen (primär angestrebter Schutz der Umgebung, sekundär erreichter erzieherischer Erfolg auf den Kranken selbst) gilt alles dort Gesagte auch für die Isolierung. Wie üblich, haben unsere Isolierräume als Lärmschutz doppelte Türen, in der inneren Tür ein kleines Guckfenster, durch das der überwachende Pfleger unauffällig das Verhalten des Kranken beobachten kann. Bei vielen Kranken, besonders bei noch weniger bezüglich ihrer Reaktionsweisen Bekannten, ist diese Beobachtung nötig. Um sie zu erleichtern, liegen unsere Isolierzimmer nahe bei der Stelle, wo die Nachtwache ihren Platz hat, so daß sie, während sie auf einen isolierten Kranken achtet, die Übersicht über die anderen Kranken nicht verliert. Gerade Nachts halte ich diese Isoliermöglichkeit für besonders wertvoll, da ich ein anderes Mittel, eine plötzlich aufkommende Störung der allgemeinen Nachtruhe durch einen Schimpfausbruch oder sonstwie lautes Wesen eines Kranken sofort zu beenden, ehe die ganze Abteilung aus ihrem Schlaf gestört ist, nicht kenne. Andere Räume zum Wegbringen des Störenfrieds stehen uns ja Nachts nicht zur Verfügung. Mit Absicht sind die Isolierräume nur mit Matratze und fester Steppdecke ausgestattet, um einmal zu verhüten, daß ein aufgeregter Kranker mit einer Bettstelle Unheil anrichtet, und dann auch wieder aus der erzieherischen Erwägung heraus, daß der Isolierraum nicht zu behaglich sein soll, damit dem Kranken die möglichst schnelle Rückkehr in sein angenehmeres Bett oder in den Gemeinschaftsraum erstrebenswerter ist, als das Verbleiben im Isolierraum, und daß somit das biologische Streben nach Lustgewinn als

Motiv für sozialeres Verhalten mit in die Wagschale fällt. Auch diese biologische Rechnung erweist sich selten als trügerisch. Wenn die Indikation zur Isolierung eintritt — und das kann bei Tag und bei Nacht unvermutet der Fall sein — dann muß ohne Verzögerung gehandelt werden, denn sonst wird ja der ganze Zweck illusorisch. Ohne ärztliche Verordnung darf aber nicht isoliert werden. Der Arzt kennt im allgemeinen seine Kranken so weit, daß er weiß, wo eine Isolierung in Frage kommt. Diese Kranken trägt er jeweils in das auf jeder Abteilung aufliegende Wachbuch ein. Der in diesen Dingen erfahrene und auch unterwiesene Abteilungsoberpfleger muß dann die Isolierung vornehmen, wenn die Voraussetzungen dazu eintreten. Der Arzt hat nachträglich nachzuprüfen, ob die Isolierung gerechtfertigt war. Die Dauer der Einzelisolierung ist bei uns auf höchstens 30 Minuten beschränkt mit der Maßgabe, daß sie auch früher sofort zu beenden ist, wenn sich der Kranke beruhigt hat. Oft kommt es vor, daß ein Kranker, sobald er merkt, daß jetzt gegen sein störendes Verhalten Ernst gemacht wird, spontan verspricht, er wolle ruhig sein und sich zusammennehmen. Dann unterbleibt selbstverständlich die Isolierung, da ja auch sie niemals Strafcharakter („Weil Du das und das getan hast, wirst Du jetzt so lange isoliert"), sondern immer nur Schutzcharakter („damit Du die andern nicht weiter stören kannst" usw.) haben darf. Nach unten hin bleibt die Dauer unbegrenzt: „So kurz wie es zur Erreichung des Zweckes möglich ist". Man könnte ja über die Zweckmäßigkeit gerade dieser Zeit von 30 Minuten verschiedener Meinung sein. Aber irgend eine scharfe obere Begrenzung halte ich doch in jeder Anstalt für nötig, da alle diese ernsteren Hilfsmittel der Krankenbehandlung (Isolierung, Packung, auch Dauerbad) doch nur für wirklich ernste Indikationen und in weiser Beschränkung angewendet werden und nicht zum normalen Hilfsmittel schematischer Krankenbehandlung werden sollen. Denn das werden sie gar zu leicht, wenn man die Entwicklung sich selbst überläßt. Es wird immer die höhere Form der Therapie bleiben, die Störungen zu vermeiden, als sie nachträglich durch eine Isolierung oder ein starkes Sedativum unschädlich zu machen; und wenn in unseren Tagesberichten die Zahl der Isolierungen und der gegebenen Sedativa ansteigt, dann ist das für mich immer ein Symptom, daß da irgend etwas bei der psychischen, der „aktiven" Therapie nicht stimmt.

Als ich diesen Absatz niederschrieb (November 1927) habe ich eine Zusammenstellung der sämtlichen Isolierungen des Vormonats (Oktober 1927) gemacht. Es waren bei dem Bestand von 340 Männern, deren 10 mit einer Gesamtdauer von 135 Minuten, bei 460 Frauen aber 157 mit einer Gesamtdauer von 2895 Minuten. Ich erschrak, als ich das Resultat

sah; denn es ist sehr ungünstig; aber es wäre unehrlich, wollte ich jetzt aus den späteren Monaten einen viel günstigeren Monat heraussuchen, was leicht gewesen wäre. Zu Klarheit können wir in allen therapeutischen Fragen nur kommen, wenn wir von den Verhältnissen ausgehen, wie sie sind. Auch diese Zahlen verlieren etwas ihren Schrecken, wenn wir aus Zeit (ein Monat hat 31 mal 24 mal 60 = 44640 Minuten) und anwesender Krankenzahl errechnen, daß im Monatsdurchschnitt nur 0,00089% der Männer und 0,014% der Frauen, auf beiden Geschlechtsseiten zusammen 0,0085% isoliert waren. das heißt so viel, daß wir etwa 110 000 Männer oder über 7000 Frauen haben müßten, wenn durchschnittlich dauernd einer isoliert sein sollte. Aber immerhin, auch das ist m. E. noch mehr als unbedingt sein muß. Ein Blick in die — für den Abdruck viel zu umfangreiche — Tabelle zeigt, daß das Resultat bei den Frauen damals verdorben ist durch hauptsächlich 5 Pfleglinge, welche allein fast die Hälfte der Isolierungen und ihrer Dauer für sich beanspruchten; die andere Hälfte entfällt auf 32 verschiedene Kranke. Eine Kranke (leichte hebephrene Erregung auf psychopathischer Grundlage mit sehr übler Charakterbeschaffenheit; über diese Probleme der Therapie wird noch besonders zu sprechen sein!) wurde allein in der zweiten Hälfte des Monats (vom 15. bis zum 31. Okt.) 20mal in einer Gesamtdauer von 395 Minuten isoliert, um die Umgebung vor ihren wüsten akustischen Affektausbrüchen (Schimpfen und Heulen) besonders nachts zu schützen. Die anderen waren: eine maniakalische Frau, anständige Grundpersönlichkeit, aber in ihrer Manie oft sehr laut und dadurch störend; eine in ihren Affektausbrüchen ganz haltlose „Psychopathin“; eine mäßig Imbecille mit sehr boshaftem Grundcharakter und eine chronisch-Schizophrene mit starker Zerfahrenheit und häufigen endogenen Schwankungen mit starker innerer Erregtheit (bei fortgesetzt sehr fleißiger Betätigung!) und unhemmbarem Rededrang. Es handelt sich in diesen Fällen — vielleicht mit Ausnahme der Manie — um Mißerfolge der Psychotherapie. Nachdem uns die Tabelle gezeigt hatte, daß wir in der bisherigen Weise mit diesen Kranken nicht vorwärts gekommen waren, haben wir uns in gemeinsamer Arbeit bemüht, andere Wege zu finden. Das ist bei einzelnen Kranken sehr schwer gewesen und hat viele Monate gedauert: Die Manie ist längst, völlig beruhigt, nach Hause entlassen (dieser Fall beweist nicht viel), die andern vier sind noch hier: die beiden schlimmsten, die psychopathisch-schizophrene und die Imbecille verhalten sich seit längerer Zeit geordnet, allerdings unter einer dauernd sehr aufmerksamen und vorsichtigen psychischen Führung, auch bei den beiden andern gelingt es, einen sehr viel günstigeren modus vivendi zu erhalten. Was in diesen Fällen gilt, gilt grundsätzlich auch von vielen der übrigen Isolierungen.

Es ist Aufgabe des Arztes, bei jeder vorkommenden ernsteren Störung deren Quellen aufzudecken, zu prüfen, wie weit sie in der Persönlichkeit des Kranken, wie weit in Schwankungen im Krankheitsverlauf selbst, wie weit in Verhältnissen der Umwelt begründet sind. Wir werden dann sehr häufig sehen, daß das störende Ereignis hätte vermieden werden können, wenn ... ja, wenn... eben mancherlei in der Umwelt anders gewesen wäre, als es wirklich war.

Dafür als Beispiel eine, an sich alltägliche und belanglose, Erfahrung aus der letzten Zeit: Ich komme außerhalb der üblichen Visitenzeit auf eine Überwachungsabteilung für schwierige Kranke, höre dort aus dem Isolierraum lautes Schimpfen; auf meine Frage wird mir mitgeteilt, die Kranke F. sei soeben wieder in schwerer Erregung von einer ruhigen Abteilung gebracht worden. Die F. ist eine mäßig Imbecille mit starken psychopathischen Zügen, besonders völlig ungehemmter Affekterregbarkeit, die sie leicht in Streit mit allen, Gesunden und Kranken, brachte. Sie ist schon jahrelang hier, war anfangs verhältnismäßig ordentlich und fleißig; dann hatte sich aber — offenbar ohne besondere elementare Zustandsschwankung, also in der Hauptsache aus der Wechselwirkung zur Umwelt heraus — allmählich eine zunehmende Verschlechterung ihres sozialen Verhaltens eingestellt, die sie zuletzt ins Unruhigenhaus brachte, wo sie lange Zeit eines der übelsten Elemente, ein Mittelpunkt der Unzufriedenheit, des Zankes und Streites, war. Schließlich gelang es dem behandelnden Arzte durch eine über Monate fortgesetzte, sehr mühsame und vorsichtige Behandlung, wieder die Führung über die Kranke in die Hand zu bekommen und den Zustand so weit zu bessern, daß die Verlegung aus der unsozialen Wache heraus auf eine ruhigere Abteilung erfolgen konnte. Dort war es längere Zeit gut gegangen. Im Schema des täglichen Anstaltsbetriebes war jetzt der „Rückfall" damit erledigt, daß berichtet wurde, die F. habe wieder Krach gemacht und sei deshalb auf die Wache zurückverlegt. Auf meine erste Frage, wie denn das gekommen sei, wußte zunächst niemand etwas. Erst bei näherem Nachforschen stellte sich heraus, daß die F. schon einige Tage vorher „verstimmt" und „gereizt" gewesen sei. Und hier hat die „aktive" Krankenbehandlung versagt! Nicht beim Arzt, sondern bei der Pflegerin der Ruhigen-Abteilung, die diese Verstimmung bemerkt, ihre so wichtige Beobachtung aber gar nicht weiter gemeldet hatte.

Was nützt dem tüchtigsten und gewissenhaftesten Chirurgen seine ganze Kunst und seine ganze Mühe, wenn ihm der Kranke mit dem eingeklemmten Bruch erst gebracht wird, nachdem Brand und Peritonitis und Collaps eingetreten sind? Das ist mehr als ein hinkender Vergleich; die Zusammenhänge sind beim Chirurgen und beim Psychiater hier genau identisch. Hätte der auf die Psychotherapie schwieriger Geisteskranker eingestellte Arzt von jenem leicht veränderten Zustand rechtzeitig etwas erfahren, so hatte er es fast mit Sicherheit in der Hand, die weitere ungünstige Entwicklung und den Rückfall der Kranken in ihre frühere Reaktionsform zu verhüten!

(Schluß folgt.)

Leistungen der Zwillingspathologie für die Psychiatrie[1]).

Von

Johannes Lange (München).

Die Ähnlichkeit mancher Zwillinge ist von jeher ein Anlaß des Staunens gewesen. Mythologie und Märchen handeln davon und die Literatur führt von *Plautus* über *Shakespeare*, *Dumas*, *Keller* hinweg zu modernen Schriftstellern, von denen *W. v. Scholz* sogar an Gegenwartsfragen unserer Wissenschaft rührt. Auch die Geschichte enthält manches wertvolle Zeugnis. In einem ihrer Briefe berichtet Liselotte von der Pfalz von soeben am gleichen Tage gestorbenen Zwillingsbrüdern, einander ähnlich wie zwei Wassertropfen, die zwar „häßliche Kerls", aber im Gegensatz zu der allgemeinen Sittenverderbnis um sie herum „gar ehrliche Männer" waren. Der Vater *J. S. Bachs* hatte einen Zwillingsbruder, der ihm nicht nur körperlich bis zur Ununterscheidbarkeit glich, sondern auch wie er ein großes musikalisches Talent war von ganz der gleichen Art. Einem ehemals berühmten Mathematikerzwillingspaar entsprechen in ihrer Zeit bekannte Generäle-, Tennisspieler- und Ringerzwillinge. Allenthalben sind hier neben der körperlichen Gleichheit auch hervorstechende seelische Eigenschaften bei den Paarlingen gleichartig ausgeprägt.

Andere Zwillinge wiederum sind voneinander so verschieden wie die Zwillingssöhne Isaaks und Rebekkas, der rauhe gerade erregbare Jäger Esau und der glatte erbschleicherische Hirt Jakob. Solche ungleichen Zwillinge sind sogar häufiger als die ähnlichen, wenn sie auch nicht so die Anteilnahme der Umgebung erregen. Die Entstehungsbedingungen sind hier und dort ganz verschieden. Damit wiederum hängt die große wissenschaftliche Bedeutung der Zwillinge zusammen, die als erster *Galton* klar erkannt hat.

Zwillinge, die aus zwei verschiedenen befruchteten Eiern hervor-

---

[1]) Referat, gehalten auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Bad Kissingen am 25. April.

gehen, verhalten sich hinsichtlich ihrer Anlage und Ähnlichkeit zueinander wie andere Geschwister des gleichen Elternpaares; nur haben sie für Fragen der Krankheitsentstehung insofern erhöhte Bedeutung, als sie meist unter ganz gleichen äußeren Bedingungen aufwachsen. Was man an Unterschieden bei ihnen findet, wird man daher überwiegend auf die verschiedenartige Anlage zu beziehen haben. Ganz anders steht es um die sehr ähnlichen, die echten, die identischen Zwillinge, die auf eine Eizelle zurückführen. Sind sie, wie es der verbreitetsten Meinung entspricht, erbgleich, so müssen ihre Unterschiede mit verschiedenartigen Umwelteinflüssen in Zusammenhang gebracht werden, ja an ihnen wäre der Bereich parakinetischer Einwirkungen abzulesen, wie an den Versuchen mit reinen Linien der exakten Erblichkeitslehre. Darüber hinaus würden Beobachtungen an identischen Zwillingspaaren den Ursprung jener Leiden klären, deren Erblichkeit wir nach anderen Erfahrungen vermuten. Reine Erbübel müssen entweder beide Paarlinge befallen oder aber beide freilassen. Diskordantes Verhalten ist dagegen mit der rein erblichen Natur einer Krankheit nicht verträglich. Ein Vergleich größerer Reihen von identischen mit solchen von Geschwisterzwillingen könnte jedoch auch bei solchen Krankheiten darüber belehren, welchen Anteil an ihrer Entstehung die Anlage, welchen die Umwelt hat.

Voraussetzung für alle diese Schlüsse ist, daß eineiige Zwillinge wirklich erbgleich sind. Volle Sicherheit haben wir darüber nicht und was wir von Tieren wissen, ist recht verschieden und kein Fall läßt sich ohne weiteres auf den Menschen übertragen. Man wird freilich im Auge behalten, daß einer der besten Kenner der Mehrlingsentstehung im Tierreiche, *Newman*, auf Grund seiner Studien am Gürteltier die volle Erbgleichheit eineiiger Mehrlinge ablehnt. Jedoch gerade beim Gürteltier scheinen besondere Bedingungen gegeben. Hier ist offenbar alles schon vor der Furchung entschieden, während wir aus den Erfahrungen an menschlichen Doppelmißbildungen wohl schließen dürfen, daß die Teilung der Fruchtanlage später, und zwar in einem Stadium eintritt, in dem die zahlreichen gebildeten Zellen noch totipotent sind. Trifft dies wirklich zu, so würde die Annahme von Erbverschiedenheiten befremdlich sein.

Aber es fehlt uns, wie gesagt, die Sicherheit, und wenn wir auch die vereinzelten Mitteilungen über angebliche Pigmentverschiedenheiten als problematisch vernachlässigen dürfen, auffallend bleibt die große Häufigkeit spiegelbildlich asymmetrischer Merkmale bei Zwillingen. So ist kein Zweifel, daß Linkshändigkeit bei jeweils einem der Zwillinge häufiger ist als im Bevölkerungsdurchschnitt. Man hat die

Händigkeit bisher meist als erbliches Merkmal aufgefaßt, bis *Siemens* auf Grund der häufigen Diskordanz der von ihm als erbgleich betrachteten Zwillinge die Behauptung aufstellte, daß wir es mit parakinetischen Einflüssen zu tun hätten. Dieser Schluß setzt voraus, was zu beweisen wäre. Er würde jedoch an Wahrscheinlichkeit gewinnen, wenn auch an zweieiigen Zwillingen Linkshändigkeit überdurchschnittlich häufig und diskordantes Verhalten die Regel wäre, so daß man etwa die Zwillingsschwangerschaft als solche dafür verantwortlich machen könnte. Das ist aber anscheinend nicht der Fall, und damit taucht die Möglichkeit auf, daß bei manchen Eineiern die Trennung der Fruchtanlage erst in einem Zeitpunkt erfolgt, in dem rechte und linke Hälfte schon determiniert sind. Wir wissen nämlich aus *Spemanns* Tritonexperimenten, daß wenigstens bei diesem Tier auch bei weitgehender Differenzierung der Körperhälften nach Durchtrennung der Fruchtanlage noch eine volle Regulation beider Hälften erfolgen kann, daß aber an den ausgebildeten Tieren meist bemerkbar bleibt, aus welcher Körperhälfte sie entstanden. Da aber in der ganzen Wirbeltierreihe die beiden Körperhälften sich in wesentlichen Punkten voneinander unterscheiden, würde die Annahme von Erbverschiedenheiten, wenigstens für gewisse eineiige Zwillinge, naherücken. Sie würde wahrscheinlich werden, wenn sich nachweisen ließe, daß der Linkshändigkeit gesetzmäßig andere Erscheinungen zugeordnet sind. Die Mitteilungen der Literatur geben hierüber keinen hinreichenden Aufschluß. Sprechen auch manche Beobachtungen dafür, daß der linkshändige Zwilling geschädigt ist, so würden doch erst regelmäßige Befunde dieser Art für *Siemens*' Annahme ernstlich ins Gewicht fallen. Bis zur Klärung dieser Frage wird man annehmen dürfen, daß eineiige Zwillinge ihrer Anlage nach nicht verschiedener sind als die beiden Körperhälften, und das genügt für unsere Fragestellungen aus naheliegenden Gründen durchaus. Die ursprünglichen Unterschiede der beiden Körperhälften sind je nach den sonstigen entwicklungsmechanischen Erfahrungen als sehr geringfügige zu denken. Andere Möglichkeiten für die Entstehung von Erbverschiedenheiten eineiiger Zwillinge dürften bei Serienuntersuchungen kaum ins Gewicht fallen.

Man darf aber nicht vergessen, daß bei der Differenzierung der getrennten Fruchtanlagen von allem Anfang an parakinetische Einflüsse entscheidend einwirken. Zwischen eineiigen Zwillingen herrscht im Mutterleibe ein Kampf auf Leben und Tod, wie er späterhin zu den äußersten Seltenheiten gehört. Die Gemeinsamkeit eines Teils des Plazentakreislaufes in Verbindung mit parakinetisch entstandenen

Verschiedenheiten der Herzkraft bewirkt es, daß einem wohlgebildeten Zwilling mitunter ein Akardius oder gar ein Foetus papyraceus entspricht. Ganz allgemein sind die durchschnittlichen Unterschiede von Gewicht und Körperlänge unmittelbar nach der Geburt bei eineiigen Zwillingen größer als diejenigen von zweieiigen. Es läßt sich sehr wohl denken, daß infolge von äußeren Einflüssen, wie sie hier deutlich sind, gelegentlich Verschiedenheiten erbgleicher Zwillinge zustandekommen, die erbliche vortäuschen.

Dennoch gleichen sich auch große Unterschiede bei normalen Entwicklungsbedingungen in der Regel sehr rasch nach der Geburt so weitgehend aus, daß eineiige Zwillinge dann vielfach nur noch von der Mutter an diesem oder jenem parakinetisch bedingten Merkmal auseinandergehalten werden können. Nur dann, wenn schwere Krankheiten die Kinder heimsuchen, die das schwächere naturgemäß viel mehr schädigen als das kräftigere, dürften gelegentlich die Unterschiede so deutliche und bleibende werden, daß niemand mehr Verwechslungen begehen wird. Bei der Plastizität des Kinderschädels, wie sie vor allem *Walcher* gezeigt hat, können sogar schon fortgesetzte Lagerungsverschiedenheiten merkliche Differenzen der Schädelform bedingen. Angesichts solcher Möglichkeiten wird aber die Frage akut, wie sich die Diagnose der Eiigkeit stellen läßt, neben jener nach der vollen Erbgleichheit die schwerste Klippe der Zwillingspathologie.

Bei den Geburtshelfern galt es und gilt es wohl auch heute noch als ausgemacht, daß sich die Diagnose der Eiigkeit nur aus dem Eihautbefund stellen läßt. Bei zweieiigen Zwillingen hätten wir zwei Chorien, bei eineiigen nur eines zu erwarten. Doch ist diese Annahme, wie *Albrecht* sagt, eigentlich nicht mehr als ein Gewohnheitsrecht und nach *Siemens* und *v. Verschuer* gibt es ebenso dichoriate Eineier wie zweieiige Zwillinge, die in einer Eihöhle liegen. Wie dem auch sei, für die Praxis bleibt es ohne Belang. Nur in den allerseltensten Fällen erfahren wir ja etwas über den Eihautbefund und nach *Siemens* sind die vereinzelten bestimmten Angaben, die wir erhalten, noch dazu mitunter nachweisbar unzutreffend. Für gewöhnlich bleiben wir daher bei der Beurteilung der Eiigkeit auf die mehr oder weniger große Ähnlichkeit beschränkt. Alles, was die Ähnlichkeitsprüfung systematischer gestaltet und vertieft, wird auch die Beurteilung sicherer machen. So hat man insbesondere die Papillarmuster der Finger zum Vergleich herangezogen, die Handleisten, den Capillarbefund u. a. m. Bei auch sonst sehr ähnlichen Zwillingen findet man in der Tat für diese Merkmale Korrelationen, die teilweise sogar über jene der Körperhälften hinausgehen. Aber in ein-

zelnen Fällen ergeben sich auch beträchtliche Unterschiede, so daß man niemals aus einem Einzelbefund die Eiigkeit sicher zu diagnostizieren vermag. *Siemens* hat daher ganz recht, wenn er den Vergleich möglichst zahlreicher polyid bedingter Merkmale jenem eines einzelnen weitaus vorzieht. Stimmen zwei Zwillinge in zahlreichen solchen Eigenschaften überein, so besteht eine außerordentlich hohe Wahrscheinlichkeit, daß Erbgleichheit vorliegt. Auf dieser Grundlage wird man auch Zwillinge als erbgleich erkennen können, die sich in manchen Punkten grob unterscheiden. In ihrer ganz überwiegenden Mehrzahl aber sind die nach *Siemens* als identisch erfaßten Zwillinge auch für den naiven Beobachter „zum Verwechseln" ähnlich. Man wird daher in der Praxis höchst selten einen Fehler begehen, wenn man Zwillinge, die in der Kindheit selbst von den Eltern und späterhin noch von Bekannten häufig verwechselt werden, für identische nimmt. In Serienuntersuchungen verschwinden die vereinzelten möglichen Fehler.

Fassen wir das bisherige zusammen, so muß rückhaltlos zugegeben werden, daß wir weder über die Erbgleichheit Sicheres wissen, noch mit aller Bestimmtheit Eiigkeitsdiagnosen stellen können. Mit der größten Wahrscheinlichkeit dürfen wir aber annehmen, daß eineiige Zwillinge sich nicht mehr voneinander unterscheiden als die beiden ursprünglich als sehr wenig verschieden zu denkenden Körperhälften, und daß Zwillinge, die in zahlreichen polyiden Merkmalen übereinstimmen, mit der genannten Einschränkung erbgleich sind. Diese Grundlage ist tragfähiger als das meiste, auf dem wir in der Medizin bauen.

Unser zwillingspathologisches Wissen stützte sich auf reine Einzelkasuistik, bis *Siemens* — hier gebührt ihm ein entscheidendes Verdienst — vor einigen Jahren mit systematischen Erhebungen über die Morbidität aller erreichbaren Zwillingspaare begann und die Befunde an Eineiern mit jenen an Zweieiern verglich. Vor allem auf seinem Spezialgebiete, der Pathologie der Haut, förderte er denn auch manches Unumstößliche. Haben sich in seinem Gefolge auch andere, vor allem *Weitz* und *v. Verschuer*, mit planmäßigen Untersuchungen befaßt, so ist im ganzen das Material doch noch zu wenig umfangreich. Immerhin kann manche frühere, auch für die Psychiatrie mittelbar wichtige Annahme auf Grund der Zwillingsuntersuchungen als gesichert gelten. So verhalten sich hinsichtlich der Stoffwechselstörungen die Eineiigen anscheinend nahezu durchgehend konkordant; das gilt für Diabetes und Fettsucht ebenso wie für die selteneren Formen, Cystinurie, Phosphaturie, ferner für Albinismus, Hämo-

philie. Auch die Blutgruppen verhalten sich gleich. Endlich darf hervorgehoben werden, daß bisher nur zwischen Eineiigen Hauttransplantation wirklich gelungen ist, alles Zeichen dafür, daß der Stoffwechsel bei Erbgleichen sehr weitgehende Übereinstimmungen haben muß. Auf der anderen Seite darf nicht verborgen werden, daß diskordante Paare nicht bloß für so grobe Erbanomalien wie die Hexadaktylie bekannt sind, sondern auch etwa für die Dichromasie, über die eine recht berühmte Beobachtung *Nettleships* vorliegt. Die auch sonst bekannten weitgehenden Manifestationsschwankungen erblicher Leiden machen also offenbar vor Erbgleichen nicht Halt.

Diagnose	Eineiige		Zweieiige		Unsichere		Sa.
	Concordant	Discordant	Concordant	Discordant	Concordant	Discordant	
Schizophrenie	27	2	3	5	7	2	46
Man.-depr. Irresein ...	22	1	1	1	2	2	29
Melancholie i. R......	2	0	0	0	0	0	2
Epilepsie	3	2	—	—	2 (3)	1 (0)	8
Imbezillität, Idiot....	10	1	—	4	4	2	21
Infektionspsychosen .	2	—	—	—	—	—	2
Paralyse	—	—	1	—	1	1	3
Senile Demenz	1	—	—	—	—	—	1
Huntingtonsche Kht.	1	—	—	—	—	2	3
Chorea minor	1	1	—	—	—	—	2
Myxödem u. Kretin...	2	—	—	—	—	1	3
Mongolismus	—	1 ?	—	21	5	4	31
Unklare Psychosen...	1	—	—	—	3	—	4
Psychopathien	2	2	—	—	—	—	4
Hysterische Störungen	2	2	—	—	—	—	4
Zwangserscheinungen .	—	—	—	—	1	—	1
Infantilismus	1	1	—	—	—	—	2
Neurol. Systemerkrg.	4	—	—	1	2	1	8
Amaurot. Idiotie	—	—	—	1	—	—	1
Syringomyelie	—	2	—	—	1	—	3
Exogene Hirnkrankh.	4	1	—	1	2	1	9
	85	16	5	34	30	17	187

Die psychiatrische Literatur enthält bisher reine Kasuistik und gibt daher aus begreiflichen Gründen eine einseitige Auslese der positiv konkordanten Zwillingspaare, zu denen sich nur einzelne andere Beobachtungen gesellen. Bindende Schlußfolgerungen, die sich nur

auf systematische Serienuntersuchungen aller Probanden mit dem Zwillingsmerkmal stützen könnten, macht die Literatur somit unmöglich. Dennoch habe ich in nebenstehender Tabelle alles zusammengestellt, was ich an Belangvollem finden konnte. In der Ordinate ist nach den einzelnen klinisch abgegrenzten Formenkreisen geschieden, während auf der Abszisse eineiige, zweieiige, unsichere, ferner gleich- und ungleichgeschlechtliche getrennt sind, jeweils mit der Untergruppierung nach konkordantem und diskordantem Verhalten. Als eineiige wurden alle Paare aufgefaßt, von denen eine extreme Ähnlichkeit behauptet wird, als zweieiige Paare sind die sehr unähnlichen bzw. die Pärchen aufgeführt. Zu den Unsicheren endlich rechnete ich die Gleichgeschlechtlichen, über deren somatische Ähnlichkeit nichts bekannt ist.

Der Überblick zeigt ein reiches Material, vor allem für die endogenen Psychosen, in denen die positiv konkordanten Paare überwiegen, auch unter den nicht sicher Eineiigen, ein deutlicher Hinweis auf die Einseitigkeit der Auslese. Immerhin sind auch diskordante Eineier in der Tabelle enthalten. Für das eine hierher gehörige schizophrene Paar (*Elmiger*) sind die Angaben leider zu kurz gehalten. Bei dem anderen Paar ist zwar von einer Klinik bei dem kranken Zwilling Schizophrenie diagnostiziert worden; der Verlauf hat aber gezeigt, daß es sich um eine Encephalitis epidemica mit schizoformen Erscheinungen handelt. Diese Beobachtung gehört also nicht eigentlich hierher. Das diskordante manisch-depressive Paar wurde von *Schweighofer* in einer seiner letzten Veröffentlichungen erwähnt. Nach den mir freundlichst zur Verfügung gestellten Unterlagen gehört die gesunde Schwester zwar im weitesten Sinne in den zirkulären Formenkreis; aber sie ist eben bis ins achte Jahrzehnt hinein gesund gewesen, während die kranke an periodischen Depressionszuständen litt. Der wesentliche Unterschied im Lebensschicksal der Schwestern besteht darin, daß die Gesunde ledig und kinderlos blieb, während die andere in ihrer Ehe mehrfach gebar, um im offensichtlichen Zusammenhang mit der letzten Geburt erstmalig zu erkranken. — Für die Epilepsien zeigt sich schon an der Hand der Tabelle das Hervortreten paratypischer Bedingungen. Einen Hinweis verdienen die beiden hinsichtlich Infektionspsychosen konkordanten Paare. Die einseitige Auswahl wiederum tun recht deutlich die Paralysebeobachtungen dar. Eigens hervorheben möchte ich die Verhältnisse beim Mongolismus. Hier sind alle positiv konkordanten Paare gleichgeschlechtlich, alle diskordanten gleichgeschlechtlichen Paare zweieiig, bis auf eines, bei dem der Autor und mit ihm eine amerikanische Gesellschaft von Kinder-

ärzten auf Grund der Ähnlichkeit Eineiigkeit annahm, offenbar ein recht problematisches Vorgehen. Der nicht mongolische Zwilling war übrigens schwachsinnig. Die Gleichgeschlechtlichkeit aller positiv konkordanten Paare, die Diskordanz aller sicher Zweieiigen sind starke Argumente für die vorwiegend erbliche Bedingtheit des Mongolismus. Seltsamerweise finden wir für die Huntingtonsche Krankheit ein konkordantes und zwei diskordante Paare, von deren somatischer Ähnlichkeit übrigens nichts bekannt ist. Daß das einzige Zwillingspaar mit amaurotischer Idiotie ein diskordantes Pärchen ist, erscheint immerhin bemerkenswert. Endlich lassen Sie mich noch hinweisen auf die beiden eineiigen, hinsichtlich der Syringomyelie diskordanten Paare, denen nur ein konkordantes Paar mit fraglicher Eineiigkeit gegenübersteht, ein Befund, welcher der Annahme einer vorwiegend erblichen Bedingtheit dieser Krankheit Abbruch tut. Das Fehlen systematischer Erhebungen macht sich wiederum empfindlich bemerkbar bei den hysterischen und psychopathischen Störungen. Hier handelt es sich um eine offensichtlich ganz zufällige Auslese, die keinerlei Schluß zuläßt.

Sie sehen also: die Unsumme von Arbeit, welche in den hier zusammengefaßten Mitteilungen über 187 Zwillingspaare steckt, läßt gerade an entscheidenden Punkten im Stich. Was demgegenüber eine systematische Durchforschung eines großen einheitlichen Personenkreises leistet, wird für die endogenen Psychosen Herr *Luxenburger* zeigen, dem ich nicht vorgreifen möchte.

Wertvoll bleiben die Literaturberichte für die vergleichende klinische Betrachtung, wenngleich wohl auch hier die allzu starke Einstellung auf Konkordanz das Bild verzerren mag und die Beobachtungen nicht sicher, vor allem auch noch nicht zahlreich genug sind. Erbgleichheit vorausgesetzt, wird ein ergänztes Material zeigen lassen, welchen Einfluß das Lebensschicksal mit allen seinen äußeren Einwirkungen auf Auslösung, Ausbruchszeit, Art und Tempo, innere und äußere Krankheitsgestaltung, Verlauf und Ausgang ausübt. Es werden sich die Syndrome, die ausschließlich aus erblichen Wurzeln stammen, trennen lassen von anderen, in die paratypische Faktoren eingehen. Man wird erkennen können, welche Syndrome und Symptome als ihrer Erbgrundlage nach gleich zu werten sind. Die ganze Reichweite der Pathoplastik wird erkennbar werden; schließlich werden sich die Grundsymptome rein herausschälen lassen und es wird sich damit zeigen, ob wir mit unseren klinischen Abgrenzungen auf dem rechten Wege sind. Schon im vorigen Jahre habe ich einige Befunde nach diesen Richtungen hin ausgewertet. Im übrigen möchte

ich auch hier *Luxenburger* das Wort lassen, da ein lebendiges Material ergiebiger und zuverlässiger sein muß als jenes der Literatur, deren mehr oder weniger lückenhafte Berichte in die Irre führen können. Ganz allgemein wird man auch bei klinisch-vergleichenden Betrachtungen zurückhaltend sein müssen.

Mein eigenes Ziel war die Durchforschung der Grenzgebiete nach der Gesundheit hin. Serienerhebungen betrafen die kriminellen Zwillinge Bayerns, die Insassen einiger Fürsorgeerziehungsanstalten, die Münchener Hilfsschüler, und endlich suchte ich die hysterischen und psychopathischen Probanden mit Zwillingseigenschaft aus der Genealogischen Abteilung der Forschungsanstalt zu erfassen. Das kriminelle Material ist seit dem vorigen Jahre erweitert und vertieft worden. 10 bzw. 9 konkordanten eineiigen Paaren stehen jetzt 3 bzw. 4 diskordante, 16 diskordanten nur 2 konkordante zweieiige Paare gegenüber. Man darf daraus schließen, daß die Anlage für den Verfall in Kriminalität eine wesentlich größere Rolle spielt, als man heute gern annimmt. Entsprechend sind die bisher noch allzu spärlichen Befunde bei Fürsorgezöglingen ausgefallen. Ich möchte auf Einzelheiten nicht eingehen, darf aber darauf hinweisen, daß gerade bei diesen Erhebungen auch die Bedeutung der Außeneinflüsse hell beleuchtet wird. Bei aller Ähnlichkeit weichen doch alle Zwillingspaare in einer Reihe von Einzelzügen voneinander ab und vielfach läßt sich deren Genese aufweisen.

Die Beobachtungen an Hilfsschülern sind zu kursorisch und spärlich, als daß sie eine nähere Betrachtung lohnten. Ein sehr großes Material würde jedoch klares Licht in die heute lebhaft diskutierte Frage der Geburtsschädigungen bringen und auch die Rolle der Erblichkeit für Schwachsinnsformen aufzeigen. Wir wissen darüber noch zu wenig Sicheres.

Wo es endlich gelang, Einblick in die Lebensgeschichten der psychopathischen und hysterischen Probanden und ihrer eineiigen Zwillingsgeschwister zu bekommen, da ließ sich meist große seelische Ähnlichkeit und vielfach auch Konkordanz hinsichtlich des durch die klinische Beobachtung herausgehobenen Merkmals dartun. Es zeigte sich aber, daß nur eine sehr eingehende Aufhellung der Vorgeschichten fruchtbar war, während das einfache Auszählen nach Vorhandensein oder Fehlen eines groben Merkmals nichts lehrt, ferner daß die Ergebnisse Wert nur erlangen können auf dem Hintergrund eines peinlich durchforschten Materials von „normalen" Zwillingspaaren. Schon im vorigen Jahre habe ich ausgeführt, daß lediglich die Zwillingsforschung unwiderlegliche Einblicke in den Aufbau reaktiver Geistesstörungen

gestatten würde. Da man jedoch ohne Kenntnis der gegenseitigen seelischen Unterschiede „normaler" Paare auch hier groben Irrtümern ausgesetzt sein würde, hat im letzten halben Jahre mein Hauptaugenmerk „normalen" Zwillingspaaren gehört. Während ich die Untersuchungen Jugendlicher von einigen Mitarbeitern fortführen ließ, bearbeitete ich selbst alle nur irgend erreichbaren erwachsenen sehr ähnlichen Zwillingspaare von einigermaßen differenzierter Natur.

Die für normale Zwillinge schon recht beträchtliche Literatur erscheint anfänglich ganz auf die Übereinstimmung zwischen den Paarlingen eingestellt. So waren von *Galtons* 35 Paaren, abgesehen von geringfügigen Unterschieden, nur 2 Paare seelisch wesentlich verschieden. Im allgemeinen, behauptet *Galton*, liege der Unterschied höchstens im Schlüssel, nicht in der Melodie. Spätere Autoren beschreiben einzelne Paare, deren intellektuelle Leistungsfähigkeit eine verblüffend gleichartige war. Nach amerikanischen Serienuntersuchungen verhalten sich Zwillinge ähnlicher als Geschwister, gleichgeschlechtliche ähnlicher als der Durchschnitt der Zwillinge. Auch unter dem Material von *Siemens* und *v. Verschuer* fanden sich mehr volle Übereinstimmungen als Abweichungen. Überraschend ist der Ausfall von Testprüfungen, die *Muller* im Anschluß an *Popenoe* bei einem getrennt aufgezogenen Zwillingspaar vorgenommen hat. Beide Frauen überragten weit den männlichen, noch mehr natürlich den weiblichen Durchschnitt und unterschieden sich nur hinsichtlich weniger Punkte. Ich habe endlich eine Lehrerin gebeten, mir die Noten von ähnlichen Zwillingen, die ein zehnklassiges Lyzeum von Anfang bis Ende besucht hatten, zusammenzustellen. Von der klugen und nachdenklichen Dame wurde jedoch geäußert, daß die hierbei sich ergebende verblüffende Übereinstimmung trügerisch sein könne. Seien die Zwillinge in einer Klasse und würden sie infolge ihrer körperlichen Ähnlichkeit häufig verwechselt, so färbe das Urteil über die eine auf jenes über die andere ab und umgekehrt und die Zwillinge müßten ähnlicher erscheinen, als dies der Wirklichkeit entspreche.

Diesem nachdenklichen Urteil gibt mein eigenes Material recht. Fahndet man nach Gleichheiten, dann findet man freilich häufig gleichartige Begabungstypen gerade nach bestimmten Richtungen hin, aber bei 17 verwertbaren Paaren ergaben sich mindestens 13 mal sehr deutliche und vor allem in ihrer Auswirkung wichtige Unterschiede. Mehrfach blieb der eine Zwilling um eine Klasse hinter dem anderen zurück, wiederholt versagte der eine in Fächern, in denen der andere sich auszeichnete. Die Begabungsunterschiede bleiben dann gleichgültig für die Entwicklung, wenn die beiden Zwillinge ohne Ehrgeiz sind oder

aber in ihrer vorwiegenden bzw. berufsbestimmenden Begabungsrichtung sich überwiegend gleichartig verhalten. Sonst stacheln sie — selten — zu erhöhten Anstrengungen an oder wecken die Geltungssucht nach unerfreulichen Richtungen hin oder sie führen endlich zur planmäßigen Ausbildung besonderer, auch sehr kleiner Talente. So findet sich wiederholt, daß der schwächer begabte Zwilling eitler ist, mehr nach außen hervortritt, einen brennenden Ehrgeiz entwickelt und, wenn auch unbewußt, dem anderen den Rang abzulaufen sucht. Sehr deutlich verfolgbar zeigt sich bei zwei jugendlichen Zwillingspaaren, die Herr *Krenzer* untersucht hat, daß der jeweils schwächer begabte Zwilling seine Handfertigkeit in ganz systematischer und erfolgreicher Weise ausbildet. Ich habe das Glück gehabt, auch ein erwachsenes Zwillingspaar zu untersuchen, von dem der schwächer begabte sich zum ausgesprochenen Künstler entwickelte, während der andere zu einem äußerst materiell eingestellten Kunsthandwerker wurde. Von einem anderen entsprechenden Fall hat mir *Siemens* berichtet. Gewisse wohl ursprüngliche Charakterunterschiede wirkten bei beiden Paaren in dieser Entwicklung mit. Die größere Stetigkeit, der Fleiß führt zum Künstler. „Le génie est une longue patience". —

Hinsichtlich des Charakters fand *Siemens* in seiner ersten Serie unter 28 Fällen 17 sehr gleichartige Paare, 10 mit geringen Unterschieden und nur 1 mit größeren. Später stieß er offenbar häufiger auf größere Unterschiede und das trifft auch schon für *v. Verschuer* zu. Ich selbst habe nur ein einziges Mal wirklich gleiche Charaktere gefunden. Allerdings würde auch ich zu ähnlichen Ergebnissen gekommen sein wie die Autoren, wenn ich mich mit den ersten Angaben begnügt hätte. In diesen nämlich wird meist die angebliche absolute Gleichheit betont. Es beruht dies darauf, daß, ganz wie die weitere Umgebung, auch die Zwillinge von Jugend auf meist auf die Gleichheit eingestellt sind. Diese zeichnet sie gegenüber Geschwistern und Altersgenossen aus und gibt ihrem gesamten Erleben etwas Gemeinsames. Vielfach verschwindet das Icherleben hinter einem Wirerleben, das stärker ist als alles andere, und das auch künftig über die wechselndsten Schicksale hinweg die Zwillinge zusammenhalten oder wiederum zueinanderhinführen kann. Besonders bemerkenswert ist in dieser Hinsicht, daß gelegentlich vor allem die ersten Jahre der Ehe eine gewisse Entfremdung mit sich bringen, die dann durch eine neue unvergleichlich innige Annäherung ersetzt wird.

In ganz seltenen Fällen, bei stark autistischen Menschen, kommt es zur Auflehnung gegen das von außen hereintönende Ihr, gegenüber

dem die Persönlichkeit sich nicht genügend durchzusetzen vermag, und damit zugleich gelegentlich zur erbitterten Feindschaft der Zwillinge selbst, besonders in beginnenden Psychosen.

Meist aber besteht innige Gemeinschaft und das einzigartige Wirerleben bringt es wohl mit sich, daß auch tatsächliche Unterschiede von den Zwillingen selbst nicht recht gefühlt werden. Sie rechnen sich gegenseitig ihre guten wie ihre schlechten Eigenschaften, mehr aber die ersteren, zu. Dennoch finden sich bei näherem Nachfragen auch dort, wo völlige Gleichheit behauptet wurde, Unterschiede, die bis zum geraden Gegenteil gehen können. So ist etwa der eine verschwenderisch, der andere sparsam, der eine eitel, geltungssüchtig, der andere schlicht, bescheiden, der eine ist skrupellos, der andere von empfindlichem Gewissen, der eine lebhaft, unstet, der andere phlegmatisch, aber dabei zielsicher, der eine einfach, synton, der andere kompliziert, schizoid. Auch wesentliche Unterschiede biotonischer Art sind nicht ganz selten. Freilich würde man wiederum fehlgehen, wenn man solche Unterschiede als absolute nehmen wollte. Stellt man nämlich die Zwillinge wie ihre Umgebung darauf ein, an Stelle der Übereinstimmungen einmal die Unterschiede zu beachten, so neigen sie wiederum dazu, zu kraß zu sehen, so daß man erstaunt ist, wenn man ein solches Paar dann zu gleicher Zeit sieht. Dann überwiegt der Eindruck der Ähnlichkeit wiederum so sehr, daß alles andere daneben verblaßt. Man trifft so viele Gemeinsamkeiten, im Tempo, in der Stimme, in den Bewegungen, in den äußeren Gewohnheiten, in den vorgebrachten Meinungen, daß man geschlagen ist. Freilich handelt es sich dabei vorwiegend um äußere Dinge, leere Formen, die durch gemeinsame Erziehung und ständigen Gedankenaustausch gleichartig erworbenen Gepflogenheiten, die hier viel ausgesprochener hervortreten als bei Geschwistern, weil ja doch zweifellos viele gemeinsame tiefere Eigenarten den äußeren Anregungen entgegenkommen. Je mehr Zwillingspaare man sieht, desto leichter scheint es übrigens zu werden, die Unterschiede ausdrucksmäßig unmittelbar zu erfassen. Es ist charakteristisch, daß äußerst selten die Handschriften gleichartig sind. Wie *Galton* kenne auch ich nur ein Paar, das manchen Schriftleistungen gegenüber selbst nicht sagen kann, von welchem Zwilling sie stammen.

Wenn wir für den Charakter feststellen wollen, wie weit der Unterschied, wie weit das Gemeinsame geht, so reichen nicht einfaches Fremdurteil und Innenschau, vielmehr bleibt nur die Prüfung an den großen gleichartigen Prüfsteinen des Lebens. Dazu gehört etwa die Berufs-

wahl und das Verhalten im Beruf. Hier sind unter 19 Paaren, die ich zu verwerten vermag, 13 völlig konkordant. Ich verfüge über eine Beobachtung, den „Zwillingsgenerälen“ vergleichbar, die in ihrer Zeit in England Aufsehen machten, Offizieren, die am gleichen Tage in die Armee eintraten, am gleichen Tage kommandierende Generäle wurden und sich in gleicher Weise schriftstellerisch auszeichneten. Aber solche Beobachtungen beweisen wenig, weil an solch gleichartigem Schicksal die Umgebung, vor allem die Vorgesetzten, einen wesentlichen Anteil haben dürften. Viel wichtiger ist es, zu sehen, wie entweder beide Zwillinge zielsicher ihren Weg verfolgen, wenn auch in verschiedenen Berufen, oder wie sie beide scheitern, wie sie beide tastend und ohne klares Ziel beginnen, um dann in plötzlichem Aufschwung ihre Lebenslinie bergan zu führen, wie sie beide glänzend anfangen, um dann in einem Knick lahm zu werden. Auch die Fälle, in denen beide infolge ihrer Beeinflußbarkeit wechselwarm stets das sind, was ihre Umgebung aus ihnen macht, kann man wohl zu den konkordanten rechnen, darunter auch eine Anzahl kriminelle Paare. Es gibt aber auch Beobachtungen mit ganz verschiedenem Berufsverhalten auf der Grundlage tiefergreifender Wesensunterschiede, auf deren Genese ich zusammenfassend zurückkommen werde.

Eine zweite Lebensklippe ist die Berührung mit den Forderungen der Sexualität. Auch hier herrscht vorwiegend gleichartiges Verhalten: wir sehen bei beiden Zwillingen sehr späte Reife oder aber frühes Erwachen des Sexualtriebs, wahllose Promiskuität bei diesem, gelungene Verdrängung bei jenem Paar. Ich kenne auch zwei Brüder, die beide eine allerdings verschieden lange währende Periode ausgesprochener Inversion mit entsprechenden Betätigungen hinter sich haben, nunmehr aber, wenn auch noch wenig zielsicher, vorwiegend auf das andere Geschlecht eingestellt sind. Gradweise Unterschiede im sexuellen Verhalten sind fast allenthalben deutlich und sie werden mindestens teilweise bedingt durch die bei Männern offenbar fast nie gleich ausgeprägte sexuelle Potenz. Daneben finden sich auch gröbere Unterschiede, so etwa ein hinsichtlich der Homosexualität diskordantes Paar, von dem ich noch sprechen werde.

Mindestens gleich große, dabei verwickeltere Anforderungen als die sexuelle Entwicklung stellt die Ehe. Hier ist es nun verblüffend zu sehen, wie die Zwillinge, anscheinend gänzlich unbekümmert um die Art ihrer Ehepartner, die Verschiedenheit der sozialen Lage, vielfach an den gleichen Konflikten scheitern oder aber Schwierigkeiten in der gleichen Weise überwinden. „Wir hätten nur einen Mann heiraten sollen, freilich, der eine wäre so gut und so schlecht gewesen wie der

andere", wurde mir von einer Dame gesagt. Was hier zum spielerischen Gedanken geformt, das wird in anderen Fällen Tatsache. Es ist nicht immer wie im Märchen, wo ein Schwert zwischen dem Zwilling und der Frau des Bruders liegt. Unter meinen Kriminellen fand ich ein Paar, das eine gemeinsame Geliebte hatte. Auf wesentlich höherem Niveau heiratete der eine Zwilling das Verhältnis des anderen. Ja, ich wurde betroffen durch die Mitteilung einer faktischen Ehe zu dritt, die ein Akademikerzwillingspaar mit einer gebildeten Frau führte. Gegenüber diesen eigenartigen gemeinsamen Lösungen gibt es getrennte, aber durchaus gleichartige Verhaltensweisen überraschender Art. Eine Dame schilderte mir die gänzliche Verschiedenheit der beiden Ehegatten, um dann auszuführen, wie beide Zwillingsschwestern an dem mangelnden tieferen Verständnis in der Ehe schwer litten, aber dann den gleichen Ausweg fanden. Ein anderes Paar rettet sich aus der Langeweile der Ehe in häufige, vergnügliche, lockere Liebschaften, ein drittes, differenzierte, in ihrer Art energische Männer werden ganz verschiedenen Frauen gegenüber timide Pantoffelhelden. Zwei seit frühester Jugend getrennt aufgewachsene Zwillingsschwestern, die von *Haenel* beschrieben werden sollen, scheitern beide am Schwiegermutterkomplex. Freilich gibt es auch hier scheinbares und wirkliches diskordantes Verhalten. Von zwei kriminellen Paaren hatte je einer der Zwillinge eine sehr energische, tatkräftige Frau geheiratet, die den Ehemann auch nicht einen Augenblick aus den Augen ließ; in beiden Fällen war nicht nur die Ehe als solche ausgezeichnet, sondern führte auch zur Resozialisierung, während jeweils der Bruder auf eine minderwertige Frau traf und weiter verkam. Abgesehen von anderen diskordanten Paaren habe ich auch eine, allerdings noch nicht völlig durchuntersuchte Beobachtung, in der beide Schwestern sich den sehr verschiedenen Ehegatten anähnelten, um sich voneinander zu entfernen. Gerade hier waren aber schon vor der Ehe entsprechende Temperamentsunterschiede deutlich gewesen, die nur von den Außeneinflüssen aufgenommen wurden, ein Vorkommnis, das offenbar nicht selten ist.

So scheint es also, als ob Zwillinge in den tiefen Schichten ihres Wesens doch überwiegend häufig ganz gleichartig sein müssen, mögen die Oberflächenunterschiede auch noch so hervortreten. Zugleich wird offensichtlich, daß bei dem, was wir für gewöhnlich Erlebnis nennen, das rein äußere Geschehen vielfach eine ganz untergeordnete Rolle spielt. Andererseits bestehen aber doch nicht ganz selten erheblichere Differenzen, die dann gelegentlich noch von gleichartigen äußeren Einflüssen aufgenommen und herausgearbeitet werden,

nie aber unter dem gegenseitigen Einfluß zu verschwinden scheinen.

Die banale Tatsache, daß sehr viele Menschen leichtere abnorme Erscheinungen aufweisen, bestätigt sich bei meinen „normalen" Zwillingen in einem Maße, daß ich doch überrsacht war. Es fand sich keiner, dessen Seelenleben nicht an irgendeiner Stelle brüchig gewesen wäre. Anstatt normales Vergleichsmaterial zu gewinnen, ergänzte ich also meine Beobachtungen für die Grenzzustände mit dem großen Vorteil, daß der Ausgangspunkt ein Blick auf das Ganze der Persönlichkeit war und nicht irgendeine krankhafte Erscheinung. Im folgenden darf ich die genealogischen Probanden mit den normalen zusammen betrachten, wenn ich jetzt auf die krankhaften seelischen Reaktionen eingehe.

Die hysterischen Störungen zeigen wohl die größte Wandelbarkeit. Zwar gibt es auch hier Paare von erstaunlicher Gleichartigkeit, die fern und ohne Kunde voneinander die gleichen Ausdrucksformen wählen, so etwa mehrere Paare mit hysterischen Anfällen, zwei Kriegsneurotiker, oder Zwillinge mit eigenartigen psychogenen Atemstörungen oder Gallebrechen, das letztere übrigens bei einem seit frühester Jugend getrennt aufgewachsenen Paar. Man wird aus solchen Beobachtungen schließen dürfen, daß die Symptomwahl nicht selten durch die Anlage bestimmt wird. Sonst gibt es häufig drastische Unterschiede, die freilich aus gemeinsamer Grundlage erwachsen. So trieb von einem pseudologistischen Brüderpaar den einen seine Geltungssucht zu den Fliegern und er mußte hysterische Anfälle bekommen, um von dem lästigen Flugdienst befreit zu werden, während der andere mit schwindelhaften Erfindungen von vornherein sich einen Druckposten und Ansehen sicherte. In der Haft fanden übrigens beide den gleichen Ausweg in undurchsichtige Krankheitsbilder. Wie bei diesem Brüderpaar ergab sich noch bei weiteren Diskordanz hinsichtlich der hysterischen Anfälle. Es ist jeweils der dümmere der Zwillinge, der von den Anfällen betroffen wird, und zugleich jener mit der stärkeren Vasolabilität; doch verdient hervorgehoben zu werden, daß in zweien von diesen Fällen der andere Partner wenigstens die somatischen Vorerscheinungen bei Aufregungen bekam, Parästhesien in den Extremitätenenden, Herzdruck, Zittern. Also auch hier herrscht keine wirkliche Diskordanz. Volle Diskordanz scheint überhaupt sehr selten; Unterschiede in der Manifestationszeit und im Ausmaß sind dagegen natürlich häufig. Das gleiche gilt hinsichtlich reaktiver Verstimmungen. Aber auch zyklothyme Schwankungen sind nach meinen Beobachtungen offenbar sehr stark von außen her beeinflußbar. Ich kenne hier auch zwei

diskordante eineiige Paare, wobei jeweils der abnorme Zwilling grob geschädigt war, das eine Mal durch eine frühkindliche in Krämpfen sich äußernde Erkrankung, das andere Mal durch eine schwere Hirnkrankheit, die eine Parese zurückließ.

Wichtiger als diese Beobachtungen, die im wesentlichen Bekanntes bestätigen, sind meine Ergebnisse für die paranoischen und Zwangserkrankungen. Unter meinen Kriminellen findet sich ein Paar von Gewohnheitsverbrechern, erregbare, mißtrauische, kalte, nervöse Menschen mit Neigung zu hysterischen Reaktionen und Frühkriminalität, im weiten Familienumkreis übrigens die einzigen Kriminellen, deren einer es zwar gelegentlich zu paranoischen Umdeutungen brachte, aber nie eigentlich zum Paranoiker wurde, während der andere eine schwere paranoisch-querulatorische Reaktion entwickelte, die sich erst mit seiner Einlieferung in den Adnex besserte, ohne doch zu verschwinden. Die Ursache für die Diskordanz hinsichtlich der paranoischen Reaktion liegt offenbar nicht in den geringfügigen Persönlichkeitsunterschieden, sondern in der verschiedenen Länge der Strafzeiten. Während der Gesunde nie Strafen über 4 Jahre hatte, bekam der Kranke nach langer krimineller Vorgeschichte eine Zuchthausstrafe von 14 Jahren, in deren 5. Jahr er manifest erkrankte. An der Hand der Vollzugsakten läßt sich verfolgen, daß auch der gesunde Bruder jeweils gegen Ende seiner mehrfachen 4 jährigen Strafen mißtrauisch und schwieriger wird und viel zu schreiben beginnt, wohl ein deutliches Zeichen dafür, daß meine Deutung richtig ist. Bei diesem Paare besteht also Konkordanz hinsichtlich der paranoischen Wesensart, Diskordanz dagegen für die krankhafte Reaktion. In einer zweiten Beobachtung kam es auch nur bei einem Bruder zu einer kurzdauernden paranoischen Umstellung, die eine erlebnisbedingte Wandlung des Außenbildes hinterließ. Es handelt sich um etwas schwerlebige autistische junge Männer mit einem deutlichen Temperamentsunterschied: der eine wesentlich lebhafter, freier und im Vergleich zum Bruder syntoner. Beide litten lange an Enuresis und holten, in ein Internat verbracht, das Bettnässen wieder hervor, der schwerererlebige in einem viel stärkeren Ausmaß. Die Folge dieser auch für die Umgebung lästigen Enuresis war eine unglaublich rohe Behandlung durch die Schlafsaalkameraden, die lange Zeit hindurch sich in der schikanösesten Weise über den Kränkeren von beiden lustig machen, ihm Wasser ins Bett schütten, ihn mit Tinte begießen usw., so daß es schließlich zu einer schweren depressiven, vor allem auch paranoisch durchfärbten Reaktion kommt, die ganz allmählich abklingt. Nunmehr ist jedoch der Wesensunterschied der beiden Brüder viel ausgespro-

chener geworden. Der eine ist ein leidlich freier Mensch, für den es im Leben auch Freude gibt, der andere ganz in sich hineingedrückt, scheu und ungesellig, ein Mann, der bei der Erörterung seiner Vorgeschichte noch die allerschwersten Affekte aufbringt und mit bitterer Fehde alles verfolgt, was nur von fernher Spott ähnlich sieht. Wir sehen hier also von einer anderen Seite her in das gleiche Problem hinein. Hier wird ein schon vorhandener Wesensunterschied in der Stärke der Heimweh-Enuresis deutlich; deren Folge sind grausame Erlebnisse, die nun von sich aus eine weitere Umstellung und Verunähnlichung mit sich bringen. Dies sind übrigens die deutlichsten offensichtlichen Erlebniswirkungen, die ich in meinem Material finden konnte.

Für Zwangserscheinungen kommen drei Zwillingspaare in Frage, von denen eines sich konkordant verhält; es handelt sich um leichtere in manchen Punkten gleichartige, in anderen differente Erscheinungen, die übrigens trotz deutlicher Wesensunterschiede und unabhängig voneinander auftraten. Bei einem zweiten auch in anderen Punkten verschiedenen Paare weiß ich noch nicht genügend von dem angeblich nicht oder doch nicht so deutlich befallenen Zwilling. Dagegen ist in einem dritten Falle die eine Schwester so gut wie frei — bis auf eine gewisse Ängstlichkeit beim Posteinwerfen, Lichtlöschen usw. — während die andere an einer schweren Zwangsneurose leidet. Manifest wurde diese mit der ersten Kommunion. Die Kranke wurde damals über die seit dem 4. Lebensjahre von ihr betriebene Masturbation aufgeklärt und kam nun über Zwangsskrupel hinweg zur Entwicklung einer unendlichen Fülle andersartiger Zwangserscheinungen, die bis heute unter Schwankungen fortdauern. Die Zwillingsschwestern haben zahlreiche auch seelische Gemeinsamkeiten; nur ist die zwangsneurotische eine depressive, innenlebige Persönlichkeit, die andere heiter und weltoffen. So sind die Schwestern angeblich immer gewesen. — Klare und reiche anamnestische Angaben, vor allem aber eine lückenlose Reihe von Photographien, die vom ersten Lebensvierteljahr bis jetzt reicht, beweisen, daß die zwangsneurotische Zwillingsschwester durch die Geburt schwer geschädigt war. Wir sehen auf dem ersten und den folgenden Bildern einen starken Strabismus und noch am Ende des ersten Jahres athetoide Handhaltungen, während der andere Zwilling offenbar motorisch seiner Altersstufe entspricht. Hier müssen wir uns die Sachlage wohl so vorstellen, daß eine organisch bedingte Nervosität die Frühmasturbation mit sich bringt und daß die vermutlich auch durch frühkindliche Schädigung erworbene depressive Verfassung die Erlebniswirkungen aktiviert in

einer Zeit, die alle nervösen Kinder in eine besonders schwierige Lage bringt. Wiederum also erscheint das Erlebnis gegenüber Anlage und organischer Schädigung in eine sehr bescheidene Rolle hineingerückt. Es drängt sich damit die bisher vernachlässigte Frage, wie die Persönlichkeitsunterschiede der Zwillinge zustandekommen, als eine allgemeine auf. Beruhen sie auf anlagemäßigen oder auf parakinetischen Einflüssen? Welche Bedeutung kommt unter den letzteren den seelischen Einwirkungen zu?

Ich glaube, wir sind noch nicht so weit, die erste Frage zu beantworten. Wie erwähnt, führt *Siemens* die häufige Linkshändigkeit auf parakinetische Einflüsse zurück. Man hätte dabei an Hirnschäden zu denken, die sich in anderer Weise auch bemerkbar machen müßten. In der Literatur gibt es in der Tat manches Beispiel, das für eine stärkere Schädigung des Linkshänders spricht. Ein Vergleich aller mir zur Verfügung stehenden Rechts-Links-Paare zeigt aber, daß von einer solchen Schädigung allgemein schwerlich die Rede sein kann. Demgegenüber hat nach meinem Material der Linkshänder meist ein syntoneres Temperament, während die größere Spezialbegabung häufiger gemeinsam mit Rechtshändigkeit auftritt. Mein Material ist aber viel zu klein, um sichere Schlüsse zu ermöglichen. Sollten sich meine Beobachtungen jedoch an einem größeren Material bestätigen, so würde der Schluß auf den Zeitpunkt der Fruchtanlagetrennung und gewisse erbliche Unterschiede bei manchen Zwillingen naheliegen.

Wo dagegen sehr erhebliche Unterschiede zwischen den Zwillingen bestehen, da lassen sich nahezu regelmäßig grobe exogene Schäden aufzeigen, vor allem Hirnschädigungen. Zwillinge machen einen erheblichen Prozentsatz der Frühgeburten aus, die, so weit sie am Leben bleiben, sich durchschnittlich ungünstiger entwickeln als reife Geburten. In den ersten Lebensjahren sterben mehr als 40% von ihnen, und man findet, wie wir von *Schwartz* und *Ylppö* wissen, bei obduzierten Frühgeburten regelmäßig traumatische Hirnschädigungen, die auf den Geburtsvorgang zurückführen. Natürlich sterben nur die Schwerstgeschädigten, aber es kann kein Zweifel sein, daß von den am Leben gebliebenen manche kein intaktes Hirn haben. Bei dem erwähnten zwangskranken Zwillingspaar habe ich das ja gezeigt, ebenso früher von einem 7 jährigen Buben mit einem deutlichen Temperamentsunterschied gegenüber seinem nicht geschädigten Zwillingsbruder. Grob sichtbar ist die Hirnalteration auch bei einem jungen Mann, der im Gegensatz zu seinem sehr ähnlichen Bruder voll invertiert ist und eine deutlich schlaffere rechte Gesichtshälfte und einen organischen Tic zeigt. Bemerkenswerterweise besteht

hier auch ein nach dem Femininen verschobener Terminalbehaarungstyp und es finden sich feminine Brüste. Der Charakterunterschied — der Nichtinvertierte männlich, ernst, zielsicher, wahrhaftig, der Invertierte weiblich, eitel, spielerisch, lebhafter, mit Neigung zur Pseudologie — kommt nun mehrfach in meinem Material vor, bei dem weiblicheren Zwilling einmal verbunden mit geringerer Unterlänge, ein andermal mit hellerer Stimme und größerer Türkengrube bei völlig gleichen Schädelumrissen. Mehrfach paarte sich in meinem Material die größere seelische Erregbarkeit des einen Zwillings mit wesentlich größerer Unterlänge und kleinerem Schädelumfang, einmal davon wohl im Zusammenhang mit einem schweren Schädeltrauma in der Entwicklungszeit. Akromegaloiden Erscheinungen, die im 4. Lebensjahr deutlich geworden waren, entsprach in einem Falle eine autistische Artung mit geringerem Sexualtrieb. Es liegt nahe, für alle diese Unterschiede ventrikelnahe Hirnschäden verantwortlich zu machen, die sich in Abänderungen der abhängigen vegetativen Funktionen einerseits und im Zusammenhang damit des Seelenlebens andererseits zu erkennen geben. Gegenüber der Auswertung grober endokriner Störungen sind wir mit solchen Beobachtungen in doppelter Hinsicht im Vorteil. Dort haben wir es mit krankhaften Erscheinungen zu tun, die nur sehr vorsichtige Schlüsse auf die normalen Funktionen zulassen. Hier handelt es sich dagegen meist um Erscheinungen im Bereiche der Norm. Zudem gewähren sie uns einen klaren Maßstab für die abhängigen bzw. koordinierten seelischen Merkmale, der uns dort fehlt. Von hier aus wird es also gelingen, wirkliche Klarheit in den Aufbau der psychophysischen Persönlichkeit zu bringen.

Auch in den Erbaufbau lassen sich Einblicke gewinnen, wie sie sonst nicht möglich sind. Ich denke etwa an die extrem ähnlichen Zwillingstöchter eines ungarischen Vaters und einer nordischen Mutter. In Gesichtstyp und seelischer Artung ähnelt die eine mehr dem Vater, die andere der Mutter. Dabei können wir eindeutig einen Halbseitenschaden der ersten Tochter feststellen. Wir sehen also wiederum Einwirkungen auf das Zentralorgan plötzlich Register ziehen, die bei dem Partner vorhanden, aber verborgen sind.

Endlich lassen Sie mich erwähnen, daß allem Anschein nach schwere Infektionen geeignet sind, die vasomotorische Ansprechbarkeit abzuändern und damit auch die seelische Reaktionsfähigkeit.

Ich habe wohl schon zu viele Einzelheiten gebracht. Lassen Sie mich deshalb noch einmal zusammenfassend hervorheben, daß ausgesprochene Persönlichkeitsunterschiede bei Zwillingen, soweit sie sich verfolgen lassen, immer auf grobe Einwirkungen von außen zurück-

führen und daß dabei solche auf das zellkonstante Zentralorgan, dessen Verluste sich z. T. unmittelbar, z. T. auf dem Umwege über die so viel plastischere Peripherie im Seelenleben auswirken, die größte Rolle spielen dürften. Erst auf dem Umwege über sie kommen dann auch seelische Einflüsse nachhaltig zur Geltung. Das klingt recht ketzerisch gegenüber den heute so beliebten Anschauungen, die seelischen Einwirkungen eine viel bedeutendere Rolle einräumen wollen. Aber auch hier bietet die Zwillingsforschung schwer widerlegliche Gegenargumente, nämlich die Erfahrungen an getrennt aufgezogenen Zwillingspaaren. Jenem von *Muller* kann ich drei weitere Paare anreihen, die sich trotz verschiedener Lebensschicksale nicht mehr voneinander unterscheiden als gemeinsam Aufgewachsene. Ich kann auf Einzelheiten nicht eingehen, aber gerade hier zeigt sich deutlich, daß Erlebniswirkungen sich in einem sehr engen Rahmen abspielen, den die Anlage und deren Ausgestaltung unter groben Einflüssen umreißt.

Der Weg, auf dem sich das Zustandekommen von Persönlichkeitsunterschieden Erbgleicher aufklären läßt, wird vielleicht auch zur Aufdeckung der näheren Ursachen der endogenen Psychosen führen können. Belehrt die einfache Auszählung Kranker und Gesunder darüber, ob eine Krankheit und was an ihr erblich ist, so werden nach den zuletzt erwähnten Richtungen hin nur die diskordanten Paare fruchtbar sein. Freilich Literatur und einfache Krankengeschichtsbeobachtungen reichen für die Aufgaben, die sich hier ergeben, nicht aus. Nur durch eingehendste Zergliederung jedes einzelnen Falles nach allen erdenklichen Richtungen hin und durch Zusammenlegen gleichartiger Beobachtungen werden wir Schritt für Schritt Boden gewinnen. Das Ziel ist fern: eineiige Zwillinge sind selten, noch mehr die kranken unter ihnen, ganz selten endlich die diskordanten Paare und vor allem in jeder Weise brauchbare Beobachtungen. Um so mehr müssen wir darnach streben, alle Zwillinge, wenn möglich mit amtlicher Hilfe, gesamtbiologisch zu erfassen.

Ich fasse meine Ausführungen ganz kurz zusammen: Die Zwillingspathologie ist theoretisch und praktisch ausreichend begründet. Ja, die Grundlage ist tragfähiger als die meisten Ausgangsstellungen der Medizin. Auch für psychiatrische Fragen wird die Zwillingspathologie dann reiche Frucht tragen, wenn wir nicht mehr auf eine einseitige Materialauslese beschränkt sind, sondern ganz planmäßig alle kranken Zwillinge beforschen. Auch heute schon lassen die Mitteilungen der Literatur manchen wichtigen Schluß oder doch wenigstens Hinweis zu.

Eine volle seelische Gleichheit erbgleicher Zwillinge ist äußerst selten. Gröberen Unterschieden entsprechen regelmäßig Verschiedenheiten auch auf körperlichem Gebiete, die, soweit verfolgbar, exogenen Ursprungs sind. Der Schluß auf ursächliche Zusammenhänge ist nicht zu vermeiden. Große Reihen genauer Einzeluntersuchungen werden uns daher weitgehende Einblicke in den Aufbau der psychophysischen Persönlichkeit gestatten, also die wesentliche Grundlage für viele allgemeinpsychiatrische Fragen geben. Über die Struktur krankhafter Reaktionen, wie über die näheren Ursachen endogener geistiger Erkrankungen werden uns besonders diskordante Paare aus dem Bereich bloßer Annahmen heraus in jenes gesicherter Tatsachen führen. Bis dahin ist freilich noch ein langer Weg und die Sachlage ist verwickelter als sie anfangs schien. Das Eine wird man heute schon behaupten können, nämlich daß die Anlage stärker ist als das Schicksal und daß von den Umwelteinflüssen jene weitaus überwiegen, die in den Bestand des Körpers eingreifen, während den seelischen Einflüssen nur ein enger Raum verbleibt. *Galton* hat das schon vor 50 Jahren gewußt. Seine Stimme ist damals verhallt. Sich seiner zu erinnern und seine Erkenntnisse zu vertiefen, ist heute dringend notwendig.

Selbstvergiftung als ursächlicher Faktor bei Psychosen [1].

Von

Prof. Dr. W. Weygandt, Hamburg-Friedrichsberg.

Mit 6 Abbildungen auf zwei Tafeln.

Die Geschichte der Medizin bietet auch in der Psychiatrie für manche modernen Theorien Vorboten aus alter Zeit. Bei *Hippokrates* und *Galenus* klingt bereits die moderne Fiebertherapie der Psychosen an.

Der Glaube primitiver Völker führte zum Verzehren von Organen der Tiere und getöteter Feinde in der Hoffnung, daß dadurch Eigenschaften übertragen oder Krankheiten geheilt werden können.

Die alten Ägypter und ihnen folgend die Griechen verwandten viele Stoffe aus dem Tierreich, so gegen Epilepsie das Hirn von kleinen Kindern und gegen Kopfschmerz das gekochte Hirn einer Krähe oder Eule.

Hippokrates und *Aristoteles* bezeichneten das Hirn als eine schleimhaltige Drüse. *Plinius* meinte, daß jedes Körperorgan Einfluß auf die Mischung der Säfte habe.

Paracelsus (1493—1541) lehrte Similia similibus und glaubte, daß jedes Organ durch ein gleiches Organ zu heilen sei.

Nachdem *Harvey* (1578—1657) den Kreislauf des Blutes entdeckt hatte, galt das Blut als Träger der von den Organen produzierten Stoffe.

Bordeu lehrte 1775, daß jedes Organ eine spezifische Substanz bereite, die durch das Blut auf den Organismus nützlich wirke und notwendig sei.

Ecker hat zuerst Schilddrüse, Nebenniere, Thymus und Hypophyse als Blutdrüsen bezeichnet.

Claude-Bernard wies hin auf die Sécrétion interne und *Brown-Séquard* berichtete 1889 über seine Versuche, mit Organsaft zu behandeln.

---

[1]) Nach einem Referat auf der 96. Allgemeinen Jahresversammlung der British Medical Association, Cardiff, 25. VII. 1928. (Autotoxaemia as a factor in the causation of Psychoses.)

In der Lehre von der Verursachung der Psychosen hat sich in dem letzten Jahrhundert ein großer Wandel vollzogen. Früher wurde die psychische Ursache als die einzige oder die wichtigste hingestellt. Noch 1827 hatte *Heinroth* bestritten, daß das Fieber eine Ursache von Geistesstörung sein könne; er betonte, daß auch bei Alkoholismus der moralische Ursprung aller Geisteskrankheiten zu lehren sei und daß man selbst bei Kopfverletzungen das Seelenleben als Ursache nicht vergessen dürfe.

Griesinger (1867) bezeichnete die psychischen Ursachen noch als das Wichtigste. *Hare*, *Guislain* und *Parchappe* nehmen in zwei Drittel der Fälle von Geistesstörung psychische Ursachen an.

Mit den Fortschritten der normalen und pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems wurde die Lehre immer mehr gefestigt, daß die Geistesstörungen Hirnkrankheiten sind und daß eine krankhafte Beeinflussung des Hirns die Ursache der Geistesstörungen darstellt. Aber nun wurden besonders die äußeren Ursachen überschätzt. Als Ursache der Paralyse nahm man vor 40 Jahren noch an sexuelle Ausschweifungen, Überanstrengung, Kongestionen, Schädelverletzung, Überhitzung des Schädels, dauernde Erschütterungen, Alkoholismus, vorzeitiges Altern, Klimakterium und Störungen der Menstruation, allerdings auch noch psychische Einflüsse, wie Aufregung oder Kummer.

Ganz allmählich brach die Lehre von der Syphilis als Ursache der Paralyse Bahn, die endlich 1911 durch *Noguchis* Befund der Spirochaete pallida bewiesen war.

Kraepelin hat 1889 gelehrt, daß bei der Paralyse zahlreiche Symptome als eine direkte Folge der Degeneration gewisser trophischer Nervenbahnen aufzufassen sind. 1896 beschrieb er die Dementia praecox und die Paralyse als Stoffwechselerkrankungen.

Letztere Lehre wurde überholt, aber unter den Symptomen der Paralyse ist eine Störung des Stoffwechsels wesentlich, wobei die Syphilis der Organe mit beteiligt ist, so bei der erhöhten Brüchigkeit der Knochen. In der Pathogenese wird von zahlreichen Autoren angenommen, daß nicht nur die unmittelbare Wirkung der Spirochäte alle Symptome bedingt, sondern eine Anzahl auch durch Toxine verursacht werden können, die von den Spirochäten erzeugt werden. Als eine sekundäre Stoffwechselstörung fasse ich die oft in vorgeschrittener Paralyse auftretende Lipomatose auf, indem durch Hydrocephalus internus die Hypophyse gestört und dadurch abnorme Fettsucht veranlaßt wird.

Die Lehre, daß die Dementia praecox eine Stoffwechselerkrankung oder Selbstvergiftung sei, stützte sich auf körperliche Symptome und

Beziehungen: so auf Veränderung der Reflexe, mechanische Erregbarkeit des Nervus facialis, mechanische Erregbarkeit der Muskeln, Dermatographie, eigenartige Veränderung der Haut, auch wohl Störungen der Schilddrüse, sowie Beziehungen zu Pubertät, Menstruation, Puerperium usw. Allerdings wies *Kraepelin* auch hin auf die erbliche Veranlagung in 70% der Fälle, sowie auf angeborene Symptome der Entartung.

Die fortschreitende Erkenntnis, daß bei einer außerordentlich großen Zahl von Geisteskranken eine im Organismus liegende, endogene Ursache der Krankheit anzunehmen ist, vor allem aber auch das Studium der Nervenstörungen auf Grund der Erkrankung von Blutdrüsen oder Drüsen der inneren Sekretion, hat seit Jahrzehnten eine intensive Prüfung dieser Faktoren veranlaßt.

Um so wichtiger ist diese biologische Betrachtung und Erforschung der Geistesstörungen, als die Hirnanatomie die außerordentlich großen Hoffnungen nicht erfüllt hat, die man ihr entgegenbrachte. Auch die Psychologie hat nicht zu sehr befriedigenden Resultaten geführt, weder das experimentelle Studium noch die Psychoanalyse.

Wenn der Kliniker das Wesen eines Geisteskranken erforschen will, so muß er neben der klinisch-psychologischen Untersuchung eine eingehende neurologische Prüfung vornehmen, er muß alle erblichen Faktoren feststellen und soweit als möglich eine mikroskopische Untersuchung des Blutes, Liquors und anderer Stoffe, ausnahmsweise selbst eines exstirpierten Partikels der Hirnrinde vornehmen.

Aber unerläßlich sind auch eine Reihe von biologisch-chemischen Prüfungen, die teils die Wirkung äußerer Schädlichkeiten, teils aber auch die endogenen Abweichungen des Stoffwechsels feststellen.

Es ist eine unendliche Menge von Untersuchungen durchgeführt worden, deren Ergebnisse nur zum kleinen Teil von Bestand sind. Oft waren die Erwartungen zu hoch geschraubt; so hatte *Thudichum* einen chemischen Körper ($C_{23}H_{45}NOJ$) beschrieben, dem er den vielsagenden Namen „Psychosin“ gab; ebenso versagte die von *Much* und *Holzmann* beschriebene Psychoreaktion, die eine Hemmung der hämolytischen Lösung des Kobragiftes durch Serum von Geisteskranken darstellt, aber bei klinisch nicht genügend sichergestellten Psychosen angewendet wurde.

Es können von vornherein nur die wichtigsten Untersuchungsmethoden und Ergebnisse vom Standpunkte des Klinikers, der alles prüfen und nur das Zuverlässige und das Beste behalten soll, erörtert werden. Selbstverständlich sind hier ausgeschlossen die durch exogene Faktoren verursachten Krankheiten, wie die Paralyse und die

sonstigen Infektionskrankheiten, obwohl gerade die Untersuchung des Blutes und der anderen Körperflüssigkeiten bei der Paralyse ganz besonders intensiv und ergebnisreich entwickelt ist.

Der größte Anteil der Untersuchungen fällt auf das Blut. Bereits der Blutfarbstoffgehalt ist für den allgemeinen Zustand von Bedeutung, ebenso die morphologische Untersuchung über die absolute Zahl der Erythrozyten und Leukozyten, sowie das relative Blutbild.

Zu beachten sind ferner Untersuchungen über Gerinnungszeit, Senkungsgeschwindigkeit, Serumeiweiß, Eiweißquotient, den Gehalt an Zucker, Reststickstoff, Kreatinin und Harnsäure,

Weiterhin die bakteriziden Eigenschaften des Serums, die opsonischen Eigenschaften, die Lipoide und die antitryptischen Eigenschaften,

Schließlich der Nachweis von Schutzfermenten und innersekretorischen Abbauformen.

Über die in der Paralyseforschung äußerst wichtigen und ausschlaggebenden Studien des Liquor cerebrospinalis liegen erst Anfänge einer Untersuchung bei endogenen Psychosen vor.

Eine Ergänzung geben ferner die Untersuchungen des Urins nach Zusammensetzung und Giftigkeit.

Fernerhin sind zu berücksichtigen Störungen des Stoffwechsels in seinen verschiedenen Abschnitten, insbesondere hinsichtlich der Erschöpfung und des Hungers, der Darm- und der Lebertätigkeit. Endlich ist der Gaswechsel, insbesondere die Feststellung des Gasumsatzes von Wichtigkeit.

Ich werde jedoch auch noch auf einige experimental-psychologische Methoden zwecks Feststellung von Stoffwechseleinflüssen hinweisen können.

Die Untersuchungen des Blutbildes sind wenig eindeutig. In den vielen Arbeiten wird ein und dieselbe Form bei einer bestimmten Psychose bald als vermehrt, bald als vermindert bezeichnet.

Nach *Wuth* erschien bei einem viele Frauen enthaltenden Material die Zahl der roten Blutkörperchen kaum vermindert (4 Millionen) in der Depression, etwas vermindert (3,8) in der Dementia praecox und (3,8) in der Epilepsie.

Hämoglobin fand sich mitten zwischen 75 und 85%, also ziemlich normal. Die größten Schwankungen zeigte Epilepsie mit 98 als höchstem Wert und 46 als niedrigstem. Dementia praecox hatte einen niedrigsten Wert von 50, Depression von 60%.

Die Leukozyten zeigen große Unterschiede. Am gleichmäßigsten ist die Depressionsform, nur 2 Fälle von 40 hatten 10 000 im cbmm;

in einem Falle betrug die Zahl nur 3100. Bei Dementia praecox ging sie einmal über 13 000, bei Epilepsie zweimal über 12 000.

Die Lymphozyten liegen im Bereich der Norm.

Die Eosinophilen liegen meist in der normalen Zone von 2—4%, nur die Dementia praecox hat etwas weniger. Bei Epilepsie kam ein Wert von 9% vor.

Fahraeus nahm große Differenzen in der Geschwindigkeit der Sedimentierung der roten Blutkörperchen an. *Plaut* fand bei Paralyse, Syphilis und Arteriosklerose eine Beschleunigung der Senkgeschwindigkeit gegenüber Depression, Dementia praecox und Epilepsie; bei Frauen ist die Sedimentierung schneller als bei den Männern. *Wuth* konnte dies bestätigen.

Die Gerinnungszeit des Blutes läßt keine bestimmten Unterschiede erkennen.

Untersuchung des Serumeiweißes mit dem Refraktometer ergab bei Normalen 7 bis 9%. *Veil* zeigte, daß bei manchen Menschen auch in völliger Ruhe durch die psychische Spannung die Konzentration des Blutes große Schwankungen zeigt. *De Crinis* fand, daß motorisch erregte Geisteskranke höhere Werte erreichen, als Gesunde bei körperlicher Arbeit. Vor dem epileptischen Anfall steigt der Gehalt an Serumeiweiß, nachher sinkt er.

Wuth stellte fest, daß die mittleren Werte bei endogenen Geisteskranken den normalen entsprechen, jedoch Abweichungen nach oben und unten auffallen. Die Differenzen zwischen höchstem und niedrigstem Wert (Konzentrationsamplitüde) betragen in der Norm 1 bis 2%, bei Depression 2,1, bei Dementia praecox 2,8, bei Epilepsie 2,85, allerdings bei Paralyse noch mehr, 3,0%.

Der Eiweißquotient bedeutet das Verhältnis des Globulins zu dem durch den Refraktometer festgestellten Gesamteiweiß. Die Paralyse überschreitet deutlich die Norm, etwas auch die Depression, weniger die Epilepsie und Dementia praecox.

Viele Untersuchungen wurden dem Zuckergehalt des Serums gewidmet. Der Blutzucker schwankt schon in der Norm, teils wird er durch Arbeit, Gravidität und Laktation herabgesetzt, teils durch Kälte erhöht. Ferner wird er vermehrt durch Diabetes, Basedow, fieberhafte und dyspnoische Krankheiten, Apoplexie, Nervenleiden, manche Nieren- und Leberleiden, weiterhin auch experimentell.

Kooy fand bei 19 Deprimierten 10mal spontane und 19mal starke alimentäre Hyperglykämie, bei 10 Kranken mit Dementia praecox zweimal spontane und 9mal alimentäre Hyperglykämie, bei Epilepsie keine Steigerung. *Wuth* traf die höchsten Werte bei Melancholie,

dann bei Dementia praecox, die besonders hohe Mittelwerte hatte; auffallend niedrig sind die Werte bei Epilepsie.

Die Untersuchung der Retention von Stickstoff ließ keine deutliche Abweichung erkennen. Ebensowenig der Serumgehalt an Kreatinin.

Kauffmann und *Allers* nehmen eine Störung des Purinstoffwechsels an. *Wuth* fand etwas erhöhte Zahlen von Harnsäure im Serum bei Epilepsie.

Mehrfach untersucht wurde das Blut Geisteskranker auf seine bakterizide Wirkung. Schon 1892 glaubte *d'Abundo* bei Paralyse, Manie und erregter Depression eine Erhöhung, bei Epileptikern nach dem Anfall und bei Stupor eine Herabsetzung zu finden.

Nach *Haw* ist der opsonische Index bei Geisteskranken niedriger als bei Gesunden. *Bacelli* und *Terni* prüften nach der Methode von *Wright* die Opsonine im Serum von Geisteskranken gegenüber dem Staphylococcus pyogenes albus: bei Epileptikern war der opsonische Index in 60% erhöht, manchmal auf das Doppelte, besonders außerhalb der Anfälle. Bei 10 Schizophrenen war er höher, bei 8 niedriger als in der Norm.

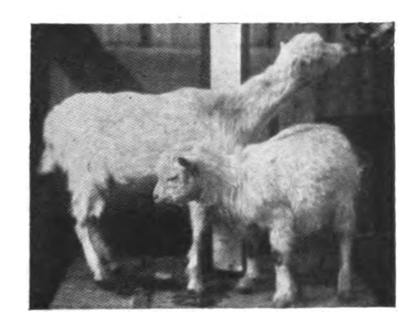
Es wurde auch die hämolytische Wirkung des Serums Geisteskranker auf Erythrozyten des Hundes geprüft. Am stärksten war sie bei Epileptikern nahe beim Anfall. Dann war auch die Wirkung bei Paralyse, Manie, Depression, Dementia praecox deutlich.

Eine große Menge von Versuchen wurde den Lipoiden gewidmet, fettartigen Stoffen, die in Alkohol, Äther, Aceton, Chloroform, Benzol usw. gelöst werden; Cholesterin, Phosphatide, Cerebroside gehören dazu. Differentialdiagnostisch sichere Angaben lassen sich noch nicht daraus ableiten.

Eingehende Untersuchungen wurden den Antitrypsinen des Blutes gewidmet, die die tryptische Verdauung des Eiweißes hemmen. Ihr Anteil im Blut ist erhöht bei Tuberkulose, Krebs, Basedow, Diabetes, schwerer Anämie, Nephritis, Gravidität und Wochenbett; *Jach* fand bei Geisteskranken meist eine Erhöhung, besonders bei Paralyse, doch auch einmal bei Status epilepticus. Cachexie, Decubitus, Anämie, Tuberkulose tragen zur Erhöhung bei. *Rosenthal* fand Erhöhung bei Paralyse und Hirnlues, Alkoholismus, Apoplexie; bei Epilepsie fand er Erhöhung im Anfall.

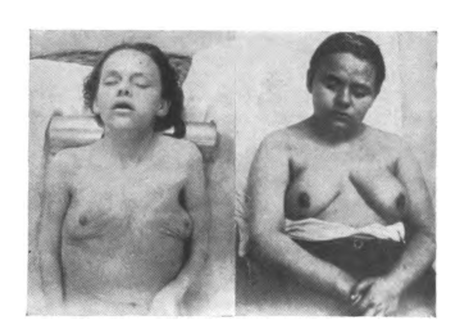
Justschenko fand etwas Erhöhung bei Dementia praecox, viel mehr bei Paralyse, normale Verhältnisse bei Manisch-Depressiven.

Pfeiffer und *de Crinis* beschrieben Erhöhung kurz vor und nach dem epileptischen Anfall und im epileptischen Dämmerzustand; bei Dementia praecox soll die Erhöhung parallel der Schwere des

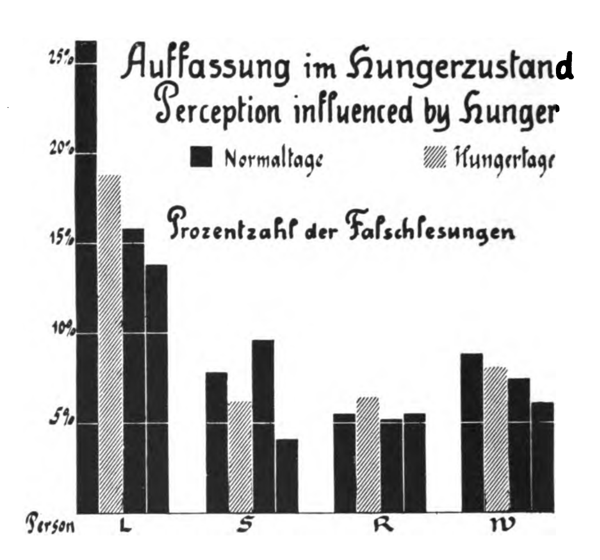


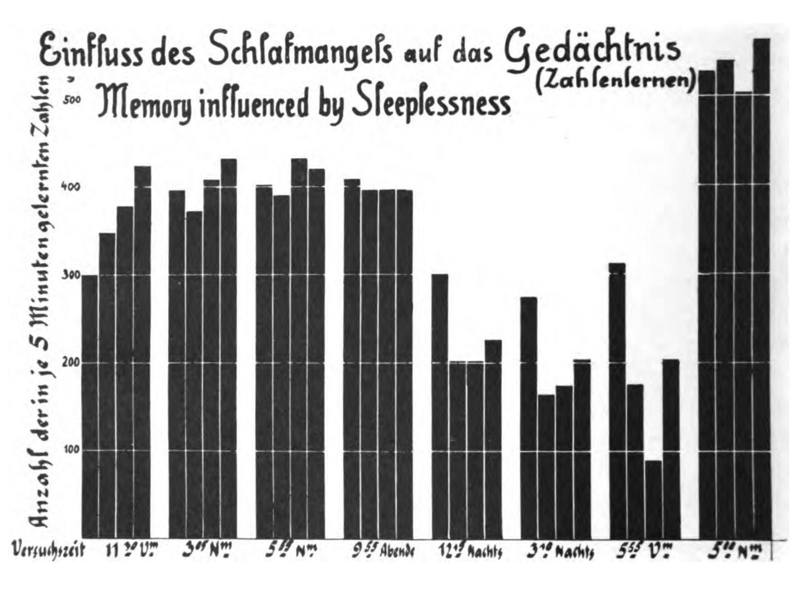






Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 90 Tafel II.
Zu „W e y g a n d t, Selbstvergiftung als ursächlicher Faktor bei Psychosen".
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10.





Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 90 Tafel III.
Zu „W e y g a n d t, Selbstvergiftung als ursächlicher Faktor bei Psychosen“.
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10.

Krankheitsbildes sein. Erhöhung ergab sich noch bei Alkoholismus, Fieberdelirien, Paralyse, seniler Demenz, Arteriosklerose, Chorea, aber nicht bei Paranoia und Depression.

Bolten fand Vermehrung bei Paralyse, Hirnsyphilis, Dementia praecox und paranoides und Imbezillität. Bei organischer Epilepsie fand er auch Vermehrung, in der Periode nach dem Anfall Verminderung. Bei genuiner Epilepsie leugnete er die Erhöhung, solange noch keine Demenz besteht. Er hielt den Nachweis für wichtig zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox einerseits und Hysterie und manisch-depressiver Psychose andrerseits.

Wuth fand Vermehrung bei Depression, Dementia praecox, schwächer bei Epilepsie, besonders stark aber bei Paralyse. Gegenüber der Normalgrenze von 10 zeigte Paralyse 33 erhöhte Werte, Dementia praecox 29, Depression 28 und Epilepsie nur 17. Für die Differentialdiagnose ist damit nichts gewonnen.

Eine meines Erachtens große, aber von vielen Autoren bestrittene Bedeutung hat der Nachweis von Schutzfermenten und von innersekretorischen Abbauvorgängen. *Pighini* fand eine Herabsetzung des Fettferments (Lipase) im Serum von Dementia praecox, Alkoholismus und vielen Epileptikern, jedoch nicht bei Manisch-Depressiven.

Abderhalden hat die Lehre von den Schutzfermenten und ihrem Nachweis lebhaft gefördert. Beim Eindringen von artfremdem Eiweiß in das Blut werden Fermente gebildet, die den Organismus vor den Fremdkörpern schützen. Diese Fremdkörper können auch durch Autointoxikation entstehen, so enthält das Serum von Schwangeren Fermente, die Placenta abbauen. Bei einer Reihe verschiedener Geistesstörungen ist der Abbau von Hirnrinde, aber auch von Drüsen der inneren Sekretion anzunehmen.

Abderhalden lehrte den Nachweis: Eine Lösung des zu untersuchenden Serums wird mit dem präparierten Organ in semipermeablen Membranen in den Thermostaten gebracht und zu dem Dialysat dann eine Lösung von Ninhydrin beigesetzt, die im positiven Fall, wenn Abbauprodukte durchgedrungen sind, eine blauviolette Färbung gibt.

Fauser fand, daß das Serum von Schilddrüsenkranken das Gewebe der Schilddrüse abbaut. Sein Studium der lösenden Eigenschaften des Serums von verschiedenen Geisteskranken zeigte, daß bei einer Reihe von Formen Abbau von Hirnrinde und innersekretorischen Drüsen, wie Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Thymus, Hypophyse, Nebenniere, Geschlechtsdrüse erfolgt. Die Methode, ihre Verwendbarkeit und Bedeutung wurden vielfach bestritten. Tat-

sächlich verlangt sie eine außerordentlich exakte und gleichmäßige Ausführung. Aber unter diesen Bedingungen halte ich sie für differentialdiagnostisch außerordentlich wertvoll, insbesondere bei zahlreichen Formen von Idiotie, bei der Dementia praecox und Epilepsie, im Gegensatz zum manisch-depressiven Irresein und zu der Hysterie, bei denen keine Abbauvorgänge nachweisbar sind.

Eine wachsende Bedeutung kommt der Bestimmung des Grundumsatzes, des respiratorischen Quotienten und der spezifisch-dynamischen Eiweißwirkung zu, wozu der Apparat von *Knipping-Benedict* verwendet wird. Zweifellos lassen sich dadurch wichtige Feststellungen machen, haben doch offenbar die Schizophrenen große Veränderungen des Stoffwechsels, während die Depressiven solche nicht erkennen lassen.

Siegfried Fischer untersuchte 9 Schizophrene zu Beginn der Störungen, die normalen Grundumsatz, aber Herabsetzung der spezifisch-dynamischen Eiweißwirkung zeigten. Dann 30 Schizophrene in schwerem Zustand, von denen alle Herabsetzung des Grundumsatzes, und 9 Herabsetzung der spezifisch-dynamischen Eiweißwirkung hatten. Ferner 21 abgeklungene Schizophrenien, die noch psychisch defekt oder die fettsüchtig geworden waren; dabei war 11mal der Grundumsatz herabgesetzt, 4mal die spezifisch-dynamische Eiweißwirkung und 6mal beides. 8 wiederhergestellte Schizophrenien, die weder körperliche noch psychische Symptome zeigten, hatten auch keine Störung des Stoffwechsels. Zur Kontrolle wurden 15 Depressive untersucht, die alle normalen Stoffwechsel hatten; nur im Klimakterium wäre infolge der Hypofunktion der Keimdrüsen Herabsetzung des Grundumsatzes zu erwarten.

Bei Dementia praecox wurde im Harn eine Zunahme der extraktiven Stoffe und eine Abnahme des Harnstoffes gefunden, öfter auch eine Zunahme von Purinbasen, Indikan, Schwefel, besonders nicht oxydiertem Schwefel, was auf vermehrten Zerfall der Eiweißstoffe und Störung der Oxydationsprozesse hinweist.

Vielfach wurden die Bestandteile des Harns untersucht, vor allem vor, in und nach dem epileptischen Anfall.

Harnstoff ist bei Epilepsie verringert, unoxydierter Schwefel vermehrt, oxydierter verringert, gestört das Verhältnis von Stickstoff zu Phosphor; ferner treten im Harn hervor Milchsäure, Essigsäure, Oxybuttersäure, Aceton und gelegentlich Zucker. *Kauffmann* fand 5 Tage vor dem Anfall das Verhältnis $N : P^2O^5 = 58$, statt in der Norm 12,5; nach dem Anfall $N : P^2O^5 = 38$.

Schon seit längeren Jahren wurde behauptet, daß der Harn

von Geisteskranken eine vermehrte Giftigkeit zeige, besonders bei Epilepsie im Anfall. Doch lassen sich wesentliche differentialdiagnostische Lehren darauf noch nicht stützen.

Auch der Schweiß kann als Träger einer toxischen Beeinflussung in Betracht kommen.

Gegenüber der hämatologischen, dyskrasischen oder interstitiellen Autointoxikation spielt die gastrointestinale bei Geisteskranken eine weniger bedeutende Rolle.

Pighini hat schon früher Störungen die Darmverdauung bei Dementia praecox gefunden. In der akuten Phase sei Ausscheidung von Stickstoff, Phosphor und Schwefel vermehrt infolge des gesteigerten Zerfalls der Eiweißarten und besonders der Phosphatide. In chronischen Phasen wird Stickstoff und Phosphor im Organismus zurückbehalten, während die vermehrte Schwefelausscheidung sich fortsetzt.

Inwieweit sich auch experimental-psychologische Methoden verwerten lassen, will ich bei Erörterung der Erschöpfung zeigen.

Unter den klinischen autotoxämischen Gruppen sollen zuerst die Formen der Entwicklungshemmung auf endokriner Grundlage besprochen werden. Hierher gehören einige Formen einer vorwiegend uniglandulären Störung, dann die pluriglandulären Störungen und als besondere Gruppe die mongoloide Degeneration.

Die Blutdrüsen sind bekanntlich innersekretorische Organe, die von vegetativen Nerven versorgt werden und durch ihre Hormone die Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems beeinflussen. Sie haben untereinander koordinierte, fördernde und hemmende Beziehungen, auf die ich im einzelnen hier nicht eingehen kann.

Das beste Beispiel geben die thyreogenen Störungen.

Die Funktion der Schilddrüse kann schon in frühester Jugend spontan gestört sein, oder durch eine lokale Erkrankung wie Entzündung, Tumor, Tuberkulose usw., oder durch operativen Eingriff; immer finden sich verwandte Folgezustände: Hemmung des Knochenwachstums und der Geschlechtsentwicklung, Hautentartung als Myxödem und Haarausfall, ferner geistige Hemmung und Abstumpfung. Völlige Entfernung führt zur Funktionsstörung zahlreicher Organe wie der Geschlechtsdrüse, Nebenniere, Niere, Leber, zur Abschwächung der fermentativen Prozesse und der Fähigkeit, Immunkörper zu bilden, offenbar ist vor allem der Eiweißstoffwechsel schwer gestört; schließlich tritt unter Kachexie der Tod ein. Jederzeit kann das im Tierexperiment durch Thyreoidektomie bestätigt werden, die Tiere wachsen nicht mehr normal, ihre Haut degeneriert, aber zweifellos ist

auch die Intelligenz und Regsamkeit der Tiere vermindert, wie mir Versuche bei Ziegen und Schweinen zeigten. Eine noch nicht zu einem Ruhezustand gekommene Dysfunktion der Schilddrüse läßt sich auch durch Abbaureaktionen nach *Abderhalden* nachweisen. Durch Entfernung der Schilddrüse wird der Stoffwechsel herabgesetzt, es sinkt der Eiweißindex, die Toleranz für Zucker steigt.

Von der englischen Myxödem-Kommission wurde besonders häufig psychische Alteration nachgewiesen, in 97 % Apathie, Stumpfheit, Schlafsucht; in 18 % Wahnideen, 16 % Halluzinationen und 16 % Psychosen.

Theoretisch und praktisch bedeutsam ist beim Hypothyreoidismus die Zugänglichkeit für die Behandlung. Schilddrüsensubstanz, frisch oder präpariert, flüssig oder trocken, auch Transplantate, lassen die Symptome zurückgehen und verschwinden. Am besten bei sporadischem Myxödem, auch bei Kachexia thyreopriva, jedoch auch beim endemischen Kretinismus.

Aber auch Jodmedikation in kleinen Mengen ist prophylaktisch wirksam gegen endemischen Kretinismus, in jeder Woche einige mgr. Weiterhin ist Sanierung des Trinkwassers geeignet, die Endemie zu unterdrücken. Tatsächlich ist sie in den meisten Gegenden im Rückgange. In Süddeutschland kommen nur noch ganz wenige Fälle vor und auch in der Schweiz, in Österreich und Oberitalien werden die Fälle immer seltener.

Der Hyperthyreoidismus oder Basedowsche Krankheit ist gewissermaßen das Gegenstück: Reizbarkeit, Verstimmung, Erregung, lebhafte Herzaktion, Schweiß, Zittern, dazu Exophthalmus. Nach *Abderhalden* läßt sich Abbau von Basedow-Schilddrüse nachweisen. Unter den Behandlungsmethoden spielt die operative Verkleinerung eine große Rolle, doch werden auch Präparate von Ovar und Thymus angewandt, sowie kleine Jodmengen; außerdem nach *Möbius* Milch oder Serum thyreoidektomierter Tiere.

Die Nebenschilddrüsen oder Epithelkörper oder Parathyreoideae bilden Stoffe, die den Kalkstoffwechsel beeinflussen. Nach *Löb* hat der Quotient $ClNa/Cl_2Ca$ Bedeutung beim Erregungsvorgang am Nerven.

Bei ihrer operativen Entfernung tritt Erhöhung der mechanischen Nervenerregbarkeit auf. Zweifellos liegt eine Unterfunktion der Parathyreoiddrüsen, und zwar wohl oft durch Blutergüsse in die Epithelkörperchen, manchmal infolge von Asphyxie bei der Geburt, der Tetanie und auch wohl der Spasmophilie zu Grunde.

Die Hypophyse bietet neben neurologischem Interesse auch psychiatrisches.

Während es wohl zweifelsfrei ist, daß der vordere, drüsige Teil bei Störung und Unterfunktion Hemmung des Skelettwachstums bedingt, wogegen die Überfunktion durch Vermehrung der acidophilen Zellen in der Jugend Riesenwuchs und im späteren Leben Akromegalie bringt, ist die Beurteilung der Pars intermedia und der Pars posterior oder Neurohypophyse schwieriger. Ein Ferment wirkt auf den Blutdruck und die glatten Muskeln, auch wird bei Störung Polyurie und Glykosurie beobachtet.

Aber über die Lokalisation der Degeneratio adiposogenitalis gehen die Meinungen auseinander. Vereinzelt wird sie von der Störung des Vorderlappens oder des mittleren Teiles abhängig gemacht; *Biedl* tritt für letzteres ein. Nach *B. Fischer* und nach *Cushing* ist sie bedingt durch Störung des Hinterlappens. Andere Forscher nehmen aber Störungen an in der Umgebung der Hypophyse, in dem Infundibulum cerebri, in der Regio subthalamica. Als Grundlage dieser Degeneration ist angeborne Mißbildung oder Druck durch Tumor oder Druck durch Hydrocephalus anzusehen.

Noch nicht lange bekannt ist die Kachexia hypophyseopriva oder Simmondssche Krankheit, die körperlichen Verfall und Tod infolge Aufhörens der Funktion der Hypophyse, wohl in ihrem Vorderlappen, bringt. Unter Umständen kann eine Lipodystrophie durch fortschreitende Druckwirkung auf die Vorderhypophyse übergehen in eine Kachexia hypophyseopriva.

Für die Psychiatrie ist es wichtig, daß jugendlicher Riesenwuchs und Akromegalie verbunden sein können mit Idiotie, wobei offenbar auch eine primäre Störung der Großhirnrinde anzunehmen ist.

Ferner ist auch Degeneratio adiposogenitalis häufig verbunden mit Idiotie und Imbezillität. Dieser Schwachsinn ist jedoch, wie ich nachgewiesen habe, oft in charakteristischer Weise verbunden mit heiterer Stimmung und psychomotorischer Unruhe, die in einem gewissen Gegensatz zu der plumpen, fettsüchtigen Figur steht. Vereinzelt wurden auch Verwirrtheit, Halluzinationen, Konfabulation, Depression und Schlafmangel beschrieben.

Zu beachten ist, daß das Syndrom der adiposogenitalen Dystrophie, besonders aber die Lipomatose, öfter sekundär eintritt. Hierher gehört chronischer Hydrocephalus, wobei auch hypophysärer Minderwuchs vorhanden sein kann; so ist auch wohl die durch die Sektion bewiesene Lipomatose und Hodenatrophie bei *Napoleon* zu erklären. Ferner tritt sie auf sekundär bei Porencephalie, vereinzelt bei Epilepsie; ge-

legentlich bei vorgeschrittener Paralyse. Ich habe auch das Vorkommen beschrieben auf der Grundlage von Achondroplasie; dieses Leiden ist zweifellos angeboren, wie ich in einem Fall auch durch eine Knochenmißbildung am Metatarsus zeigte; sekundär lag hochgradiger, turmschädelartiger Hydrocephalus vor mit einem Ohrbogen von 56 cm; tertiär traten epileptische Anfälle und eine Lipodystrophie auf.

Erwähnt seien die seltenen Fälle von vorzeitiger Reife bei Störung der Epiphysis cerebri, gewöhnlich durch Tumor, besonders Teratom, wobei anscheinend eine physiologische Hemmungswirkung des Organs weggefallen ist.

Nach *Alfred Fröhlich* führt Apinealismus zur Kachexie, Hypopinealismus zur Genitalhypertrophie und gesteigerten Reifung, jedoch Hyperpinealismus zur allgemeinen Fettsucht.

Die Unterfunktion der Keimdrüse ist neurologisch und konstitutionell, doch weniger psychiatrisch von Bedeutung. Von einer Hemmung bei Myxödem und Kretinismus habe ich gesprochen. Ihre Beziehungen zur Dementia praecox werde ich noch erörtern.

Der Thymus steht in Beziehungen auch zur psychischen Entwicklung. Bei dem Status thymico-lymphaticus in seinen verschiedenen Formen findet sich oft psychisch ein leichter Infantilismus, ein unselbständiges, ängstliches, schlaffes, träumerisches Wesen. Zu beachten ist das Vorkommen von Thymuspersistenz bei Megalencephalie mit Schwachsinn.

Klose hat jungen Hunden den Thymus operativ entfernt, die Tiere wurden dick, wuchsen nicht mehr, zeigten plumpe Bewegungen, waren sehr ermüdbar, die Reflexe waren erst erhöht, dann herabgesetzt, die elektrische Erregbarkeit war wie bei Tetanie gesteigert, die Tiere erschienen stumpfsinnig, versuchten Holz und Steine zu fressen, waren unsauber und starben schließlich. Während die funktionierende Thymusdrüse die Phosphorsäure und Nukleinsäure mindert, unterbleibt dies nach Thymektomie; der Organismus wird mit Säure überladen, das an Kolloid reiche Hirn schwillt an.

Heinrich Vogt beschrieb einen Fall von Idiotia thymica: ein 17 jähriger, verblödeter Zwerg zeigte schwache, teigige Muskeln und weiche, elastische Knochen, die Hände zitterten, die Reflexe waren erhöht, die Genitalien waren gehemmt, die Haut war schlaff und pastös. Später wurden die Knochen erhöht brüchig. Gelegentlich traten Anfälle von Zittern am ganzen Körper auf.

Die Nebennieren sind in Rinde und Mark neurologisch und konstitutionell höchst wichtig, psychiatrisch treten sie dagegen

zurück. Bei niederen Fischen (Selachiern und Rochen) sind Rinde und Mark noch getrennte Drüsen.

Die Rinde ist das wichtigere Organ, ein autonomes Zentralorgan für bestimmte Teile des Sympathicus. Sie nimmt Lipoide auf und liefert Stoffe, die im Mark zu Adrenalin werden.

Das Mark, aus Nerven, Ganglienzellen und chromaffinen Zellen bestehend, bildet Adrenalin, das auch synthetisch dargestellt werden kann. Das Mark beeinflußt den Abbau der Kohlehydrate in der Leber.

Adenom der Rinde bringt Überfunktion und bedingt Pubertas praecox, manchmal auch in psychischer Hinsicht. Unterfunktion bringt Wachstumhemmung.

Bei Addisonscher Krankheit (1855) infolge Nebennierenstörung tritt Kopfweh, Depression, Abspannung, Erregbarkeit, Schlaflosigkeit, Gedächtnisschwäche hervor. Wohl sind beide Nebennierensysteme gestört, doch scheint besonders das chromaffine Gewebe des Marks betroffen.

Der Dysgenitalismus kann angeboren oder auch durch Krankheit und Operation, wie bei der Volkssitte der Skopzen, hervorgerufen worden sein. Die Verlängerung der Röhrenknochen findet sich bei jugendlichen Kastrierten ebenso wie bei manchen Fällen jugendlicher Paralyse. Wohl tritt psychischer Infantilismus, doch nicht eigentlicher Schwachsinn hervor.

Störungen des Pankreas können die jugendliche Entwicklung hemmen. *Byrom Bramwell* beschrieb einen Fall von Infantilismus pancreaticus bei einem 18 jährigen, der nicht weiter entwickelt war, als ein 11 jähriger; die Fettverdauung gestört, der Gehalt des Urins an Phosphorsäure sank bei Milchdiät, die Jodreaktion bei Verabreichung von Jodsalz in Gelatinekapseln blieb aus, weil die Kapseln nicht im Pankreassaft gelöst wurden. Durch Behandlung mit Pankreasextrakt verschwanden diese Symptome und es trat rasche Reifung ein. Die geistige Entwicklung war überhaupt nicht gestört.

Oft wird unterschieden zwischen Uniglandulären und Pluriglandulären, wohl auch Multiglandulären. Streng genommen ist keine Drüsenstörung uniglandulär, denn nach dem Verlust einer Drüse sind zwangsläufig auch Veränderungen an anderen zu beobachten. Bei Verlust der Schilddrüse bleiben die Geschlechtsdrüsen zurück; bei Schwangerschaft vergrößert sich auch die Hypophyse etwas. Man kann aber wohl unterscheiden zwischen einer von einer Einzeldrüse ausgehenden Erkrankung und einer pluriglandulären Erkrankung, bei der gleichzeitig mehrere Drüsen befallen sind.

Bei Mongolismus, den zum ersten Male *Langdon Down* in England

1867 beschrieb, sprach vieles für eine Autotoxämie. Die Gesichtsbildung mit Epicanthus, die Mikrocephalie mit Hyperbrachycephalie und der Minderwuchs sind als Entwicklungshemmung aufzufassen. Auf die weichen Gelenke und auf die rissige Zunge brauche ich nicht einzugehen. Bekanntlich werden die Fälle nicht selten mit anderer Degeneration thyreogener und hypophyseogener Art verwechselt. Der einfache Windungstypus des Hirns stellt auch eine Entwicklungshemmung dar. Außer den gelegentlich von mir nachgewiesenen embryonalen Zügen des Aufbaues der Rindenzellen ist neuerdings mehrfach festgestellt eine Degeneration der 3. Rindenschicht und eine Art Mißbildung im Kleinhirn. Die Theorie von *van der Scheer*, daß eine angeborne Enge des Amnion Ursache des Mongolismus sei, kann ich nicht annehmen. Die Erschöpfungstheorie stützt sich besonders darauf, daß meist das letzte Kind aus einer langen Kinderreihe und besonders das Kind einer ziemlich alten Mutter Mongoloide werden. Aber außer der Histologie kann auch die Serologie zur Klärung beitragen. In unserem Laboratorium stellte *Kafka* fest, daß das Serum der meisten Fälle eine schwache, aber doch deutliche Abbaureaktion auf Hypophyse zeigt. Die Leukozyten sind vermehrt, besonders die Neutrophilen, auch die Eosinophilen; die Senkungsgeschwindigkeit ist beschleunigt, die Labilität des Plasmas ist erhöht. Deutliche Syphilisreaktionen fehlen, die mehrfach geäußerte Syphilistheorie ist unhaltbar.

Das wichtigste aller Probleme in der Psychiatrie ist die Pathogenese der Schizophrenie oder Dementia praecox und das größte Problem in der Therapie ist ihre Heilung oder Ausmerzung.

Zweifellos besteht rezessive Vererbung, nachweislich in etwa 70 %.

Es liegt auch eine anatomische Veränderung im Hirn vor, wie nach Vorarbeiten von *Alzheimer* festgestellt wurde durch *Rosenthal*, *Josephy*, *Klarfeld* und *Fünfgeld*. Man findet eine Veränderung der Nervenzellen besonders in der 3. Schicht, die überhaupt leicht erkrankt und nach *Oskar Vogt* als pathoklin gilt, doch auch in der 5. Schicht: besonders zeigt sich ein Schwund der Ganglienzellen, indem das Chromatin verschwindet, die Zelle wird dunkel, die Grundsubstanz zeigt eine netzartige Struktur, die Struktur des Kerns wird verändert, die Membran des Kerns wird dünner. In der 6. Schicht findet sich eine Art Schwellung der Ganglienzellen. *von Monakow* wollte auch Veränderungen im Plexus chorioideus finden.

Von äußeren Einflüssen seelischer und körperlicher Art, auch Erschöpfung und Schädeltrauma, ist die Krankheit unabhängig.

Eine Reihe von Beziehungen sprechen für Zusammenhang mit

einer Autotoxämie durch innere Drüsen. *Kraepelin* wurde schon erwähnt mit seinem Hinweis auf Stoffwechselveränderungen.

Zu beachten ist, daß zweifellos manche Frauen erstmals erkranken oder nach einer Remission wieder erkranken in der Gravidität, im Wochenbett oder in der Laktation.

Die Behauptung von *Mott* und *Prado y Such*, daß die Spermogenesis aufhört und die Leydigschen Zellen verfallen unter Anhäufung von Pigment, während bei Frauen die Sexualorgane klein und infantilistisch sind, hat noch keinen allgemeinen Beifall gefunden.

Rudolf Allers und andere legen Nachdruck auf das anfängliche Sinken und spätere Steigen des Körpergewichts; Fettsucht im chronischen Stadium gilt oft als Zeichen schlechter Prognose. Sekretion von Speichel und Schweiß schwankt oft schnell.

Die Temperatur ist manchmal subnormal, besonders im Stupor.

Bestritten, aber meines Erachtens doch sehr wertvoll sind Feststellungen des innersekretorischen Abbaues nach *Abderhalden*. Es kommt in Betracht die etwas schwierige Dialysiermethode, die refraktometrische Untersuchung nach *Pregl*, die interferometrische nach *Hirsch*, sowie der Gasstoffwechsel. Nach *Abderhaldens* Methode, die zuerst *Fauser* empfohlen und in unserer Klinik *Kafka* viel angewandt hat, findet sich bei echter Dementia praecox Abbau von Hirnrinde, Geschlechtsdrüse, oft Schilddrüse und Hypophyse. Das Blut zeigt normale Gerinnung; Antitrypsin etwas vermehrt; Cholesterin ziemlich hoch (0.3 bis 0.5 % gegenüber 0.13 bis 0.2 % in der Norm).

Nach *W. Schmidt* bleibt die physiologische Steigerung des Blutdruckes durch Adrenalin bei Katatonie und Hebephrenie aus. Bei einem Teil der Fälle erfolgt auch auf Adrenalin keine Erweiterung der Pupille.

Wie *Fischer* nachwies, sinkt bei beginnender Dementia praecox die spezifisch dynamische Eiweißwirkung, darauf auch der Grundumsatz. Ebenso scheint bei Wiederherstellung, solange noch psychische Symptome oder Störung des Stoffwechsels, besonders Fettsucht vorhanden sind, zunächst die spezifisch-dynamische Eiweißwirkung und dann der Grundumsatz wieder normal zu werden. Im Falle vollständiger Genesung ist beides normal.

Die Ausscheidung organischer Stoffe im Harn ist oft vermindert. Nach *Rosenfeld* gibt es Retention von Stickstoff bis zu 2 g an einem Tage. Im Stupor fand *Strübing* die Ausscheidung von Stickstoff vermindert. *Pighini* behauptete im akuten Stadium Zerfall von Eiweiß und negative Bilanz des Stickstoffes, im chronischen Stadium Retention von Stickstoff; ebenso beschrieb er im akuten

Stadium eine gesteigerte Ausfuhr von Schwefel. Synthese des Harnstoffes scheint manchmal vermindert. Die Ausscheidung von Phosphorsäure ist nach *Strübing* im Stupor vermindert. *Corviat* fand bei Stupor reichlich Indikan im Urin.

Einige Autoren beschrieben Glykosurie. *Rivano* fand bei 10 Paranoiden 3 mal Aceton. Eiweiß im Urin wurde besonders im Stupor festgestellt. Die Nierenfunktion erschien bei Ausscheidung von Methylenblau verlangsamt.

Nach *Pighini* ist der Salzstoffwechsel verlangsamt, nach *Löwe* sind die Colloide im Harn vermehrt.

Neuerdings ist es *Kafka* gelungen, nachzuweisen, daß bei Dementia praecox im Liquor ein pathologischer Eiweißbefund vorliegt, schwächer als bei Paralyse, aber deutlich mehr als in der Norm, und zwar eine Erhöhung des Gesamteiweißes, der Globuline und der Albumine. Der Eiweißquotient ist ähnlich wie in der Norm

Viele Angaben sind unsicher. Manche betreffen sekundäre Veränderungen. Aber doch ergibt sich, daß Autotoxämie und Autointoxikation eine wesentliche Rolle bei Schizophrenie spielen, aber sie bilden wohl nicht die einzige Grundlage.

Zweifellos kennen wir viele Bedingungen einer Zusammenarbeit des Hirns mit dem Gesamtorganismus noch nicht hinreichend; insbesondere ist uns das Wesen der Störungen der Isotonie, Isothermie und Isoionie noch sehr wenig bekannt. Wir können uns daher nur eine unvollkommene, vorläufige Vorstellung vom Wesen der Schizophrenie bilden.

Als erste Grundlage ist die erblich bedingte Beschaffenheit des Hirns anzunehmen. Zweifellos ist aber auch mit einer erblichen Anlage der Drüsen der inneren Sekretion zu rechnen.

Wenn auf ein krankhaft vorgebildetes Hirn eine Dysharmonie des Stoffwechsels, insbesondere der inneren Sekretion wirkt, so ist die Bedingung zu dem Prozeß gegeben, den wir als Schizophrenie bezeichnen und der je nach seiner Schädigung des Hirns früher oder später sich zurückbildet oder in ein chronisches Stadium übergeht.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei der Cyclothymie oder der manisch-depressiven Psychose mit ihrem anfallartigen Auftreten in gegenseitigen Phasen von gehobener oder depressiver Stimmung, von Erregung oder Hemmung, von Ideenflucht oder Denkhemmung. Sie ist viel seltener als die Schizophrenie und vielleicht am interessantesten sind ihre leichteren Falle, die nicht in Anstalten kommen und die manchmal nur in der Temperamentsbreite liegen.

Auch hier allerdings spielt die Erblichkeit eine große Rolle, wohl bei 90 % der Fälle läßt sich erbliche Belastung nachweisen.

Von einem bestimmten anatomischen Befund ist nicht die Rede, weder makroskopisch noch mikroskopisch, wenn auch gelegentlich kleine Herde im Hirn gefunden worden sind.

Wohl gibt es einige körperlich auffallende Momente. Bei Manie erscheint das Befinden ausgezeichnet, die Kranken sehen verjüngt aus, sie zeigen einen Turgor vitalis.

Williams betonte, daß die Körpertemperatur in der Manie erhöht sei, in der Depression herabgesetzt. *Toulouse* und *Marchand* sprachen bei Manie von 0,6° Erhöhung abends und von 0,2° morgens. Andre bestreiten dies, auch *Pilcz.*

Der Puls ist in der Manie beschleunigt, in der Depression verlangsamt.

Das Sphygmogramm zeigt in der Manie steile Kurven, in der Depression einen langsamen Anstieg und flache Kurven.

Der Blutdruck ist in der Manie gering, 110 bis 120 mm Quecksilber, manchmal noch weniger, bis 60; in der Depression ist er etwas erhöht, auf 130 bis 170 mm.

Das Blut enthält in der Manie weniger Hämoglobin und weniger rote Blutkörper. *Macphail* berichtete, daß der Hämoglobingehalt dem Körpergewicht parallel laufe.

Antitrypsin und Cholesterin sind normal.

Irgendwelche innersekretorischen Abbauerscheinungen nach *Abderhalden* sind nicht nachweisbar.

Die Respiration geht schneller in der Manie; sie ist herabgesetzt in der Depression.

Nach *Pini* ist die amylolytische Wirkung des Speichels bei leichter Erregung vermehrt. In der Depression ist der Speichelfluß verringert, manchmal tritt Geruch aus dem Munde auf.

Bei Manie ist der Appetit und Durst lebhaft, manchmal besteht Gefräßigkeit, während in der Depression Appetitlosigkeit bis zur Verweigerung der Nahrung besteht.

Bei schwerer Depression ist auch die freie Salzsäure im Magen verringert. Der Grundumsatz erscheint normal (nach *Bornstein*).

Der Urin kann in der Manie vermehrt sein, bis auf 6 l, mit geringem spezifischem Gewicht (1001). Es wird mehr Harnsäure und Xanthin ausgeschieden, weniger Phosphorsäure. In der Depression sind Harnsäure und Phosphate verringert.

Bei Manie wurde Glykosurie beobachtet.

Acetonurie in der Depression ist durch die Ernährungsstörung bedingt.

Die Störungen des Stoffwechsels sind im ganzen recht gering und nur als sekundär aufzufassen, insbesondere die Beschwerden über Verdauung beruhen meist auf der Verstimmung.

Es sind wohl auch bei Cyclothymie manche Beziehungen zu endokrinen Vorgängen zu finden, doch wesentlich seltener als bei Schizophrenie. So zur Basedowschen Krankheit; bei Myxödem kommen Zustände von Hemmung mit Depression vor; Vagotonie ist nicht deutlich. Vereinzelt traf ich Kombination von Cyclothymie mit Akromegalie. Zu beachten ist, daß bei echten Manischen meist der pyknische Habitus besteht: breites Gesicht, kurzer Hals, tiefgewölbter Brustkorb, fetter Unterleib, relativ kurze Extremitäten.

Manchmal scheinen manisch-depressive Störungen nur als Symptom bei einer anderweitig bedingten Erkrankung vorzukommen, bei Syphilis des Nervensystems, im Senium, bei Hirnveränderungen usw.

Eine wesentliche Bedeutung kann man meines Erachtens bei Cyclothymie jedoch der Autotoxaemie nicht beimessen.

Im Grunde handelt es sich um eine hereditär bedingte Labilität der affektiven Psyche, mit vasomotorischen Schwankungen verbunden.

Von großer Bedeutung ist die Autotoxaemie bei der Epilepsie. Freilich ist dies gar keine Krankheit im engeren Sinne, sondern genau genommen eine Disposition zu Reaktionen, die verschiedene Bewußtseinseinschränkungen und als stärkstes Syndrom den klassischen Krampfanfall aufweisen.

Die Teilung in genuine und symptomatische Epilepsie ist veraltet. Genuin nennt man die Fälle, die sich nicht anders erklären lassen. Besser würde man von kryptogenetischer Epilepsie sprechen. Sehr verschieden sind die Formen symptomatischer Epilepsie: so bei angeborenen Hirnanomalien, wie Mikrozephalie; ganz eigenartig ist die tuberöse Sklerose.

Dann heredodegenerative Prozesse, wie Pseudosklerose, Myoklonus usw. Ferner Trauma; weiterhin Tumor, Parasiten, Abszeß.

Wichtig ist Lues, manchmal Tuberkulose und Encephalitis epidemica.

Bedeutend ist die Gruppe der zerebralen Kinderlähmung. Außerdem präsenile Gliose und multiple Sklerose, Raumverengerung des Schädels, wie bei Thyrsicephalus (Turmschädel). Störung der Hirnblutversorgung durch Embolie, Thrombose, Endarteriitis, Aneurysma.

Schließlich Gifte wie Alkohol und Absinth, Blei, Kokain, auch Kampher.

Sozusagen sekundär kommen epileptische Anfälle bei Urämie, Kindereklampsie usw. vor.

Sogleich betont sei, daß auch bei der sogenannten genuinen Epilepsie gewisse Veränderungen des Hirns durch eingehende Untersuchung meist doch festzustellen sind. *Alzheimer* hat in 60% der Fälle Gliosis der Hirnrinde nach *Chaslin* und Veränderungen im Ammonshorn gefunden. *Spielmeyer* fand meist noch Leptomeningitis, Arachnitis serofibrosa, aber auch Veränderungen der Liquorzirkulation und des Liquordrucks; manchmal auch Heterotopien und horizontal liegende Cajal-Retzius-Zellen im Stratum zonale.

Allerdings ist auch ein hereditärer Faktor wirksam, vielfach Alkoholismus des Vaters, wodurch offenbar das Hirn weniger widerstandsfähig wird.

Vor dem Anfall sind, wie *Otfried Förster* betont, die Hirngefäße komprimiert, das Hirn ist anämisch und im Volum verkleinert. Wie schon *Colb* und *Macdonald* beim Experimentier-Tier nachgewiesen haben, ist der Druck des Liquor niedrig.

Darauf setzt mit dem Anfall eine sehr intensiv venöse Stauung ein, die Hirnoberfläche wird blauviolett, das Hirnvolumen nimmt zu, der Liquordruck steigt wieder.

Nach *de Crinis* findet sich vor dem Anfall eine Abnahme der Harnmenge. Retention des Stickstoffes in Form von zirkulierendem Eiweiß, Zunahme der im Äther löslichen Säuren des Harns, manchmal auch der Harnsäure, Steigen der antitryptischen Eigenschaften.

Der Grundumsatz läßt auf Oxydationsvorgänge schließen.

Nach dem Anfall ist die Harnmenge vermehrt, ebenso die Acidität, die Harnsäure, Ammoniak, Harn-Kolloide; die ganze Stickstoffeinfuhr ist gehoben, auch Kreatinin, Aminostickstoff, Phosphorsäure und organisch gebundener Phosphor; zu beachten ist Auftreten von Milchsäure, Aceton, Eiweiß, Harnzylindern und Diazo-Reaktion. Im Blut ist der Reststickstoff vermehrt, auch Milchsäure wird nachweisbar, der Gehalt an Antitrypsin wird erhöht. Diese Veränderungen erscheinen als Folge einer Verarmung an Sauerstoff und Überladung mit Kohlensäure infolge erhöhter Muskelarbeit; die antitryptischen Eigenschaften des Blutes wachsen; Salzsäureabsonderung des Magens wird vermindert. Am wichtigsten ist die Retention des Stickstoffes, die nicht zum Aufbau des Körpereiweißes führt, sondern zirkulierendes Eiweiß darstellt.

Bei der Zufuhr von Kohlensäure zeigt der Epileptiker in der Zwischenzeit eine verminderte Produktion von Kohlensäure; vor dem Anfall wird die Oxydation vollständig gehemmt und nach einer Reihe von Anfällen ist die Produktion von Kohlensäure wieder etwas erhöht.

Bei Eiweißzufuhr wird der Gasstoffwechsel herabgesetzt infolge der Hemmung der Oxydation vor dem Anfall; die Kohlensäureproduktion wird herabgesetzt, da die Verbrennung nicht bis zu den Endprodukten durchgeführt ist. Der Fettstoffwechsel zeigt nur geringe Abweichungen.

Die spezifisch-dynamische Eiweißwirkung ist geringer als beim Gesunden. Nach *Allers* ist es am wichtigsten, daß die Retention des Stickstoffs auf vermehrte Zirkulation des Eiweißes zurückzuführen ist.

Die Fähigkeit, Kohlensäure zu bilden, ist bei Epilepsie vermindert. Vor dem Anfall wird das Eiweiß unvollständig oxydiert, nachher wird es in erhöhtem Maße ersetzt. Toxische Produkte des Stoffwechsels infolge mangelhafter Oxydation vor dem Anfall werden durch die Nieren ausgeschieden.

Das Zentralnervensystem erhält in der Norm das Gleichgewicht zwischen Säuren und Basen; in der Epilepsie ist diese Regulierung gestört. Der Anfall strebt einen Ausgleich an. Der Anfall lenkt den Stoffwechsel um, der Umsatz von Eiweiß wird erhöht, die Leukozyten werden vermindert, die Toxizität des Urins steigt.

Die Reize, die einen Anfall auslösen, sind verschiedener Art. Der stärkste ist die Faradisation der Hirnrinde; weiter können mechanische oder chemische oder toxische Reize derart wirken.

Manche Faktoren wirken krampfauslösend, so Druck auf die Carotis, Klopfen auf den Schädel, lumbale Einblasung von Luft und manchmal auch lumbale Punktion; auch sensible Reize, schon Druck auf periphere Narben, operative Reize, Würmer, Affekte, besonders Schock mit angiospastischer Wirkung.

Die Bereitschaft des Hirns zum Krampf wird erhöht durch Inkrete. Von diesen wirken die der Nebenniere, Thymus persistens, Corpus luteum, vielleicht auch Epiphysis cerebri erhöhend; dagegen setzen die Glandulae parathyreoideae, die Geschlechtsdrüsen, die Hypophysis und vielleicht das Pankreas die Krampfbereitschaft herab. Die Schilddrüse ist ambivalent. Wahrscheinlich haben die Drüsen Einfluß auf das Verhältnis von Kalium-Ionen und Kalzium-Ionen.

Zu beachten ist, daß man bei Epilepsie nach *Abderhalden* auch Abbauerscheinungen innersekretorischer Drüsen im Blutserum nachweisen kann, insbesondere Schilddrüse, auch wohl etwas Geschlechtsdrüse und manchmal auch Nebenniere; die Reaktionen sind meist

etwas weniger intensiv als bei Schizophrenie, können aber vielfach differentialdiagnostisch gegenüber Hysterie wichtig werden. Zu bemerken ist, daß operative Entfernung einer Nebenniere keine heilende oder bessernde Wirkung hat.

Die bekannte Hyperventilation wirkt durch eine Zurückdrängung der Kohlensäure, eine Verschiebung der Reaktion des Blutes nach der Alkalose hin.

Also mannigfache Faktoren können das Hirn zur Krampfbereitschaft führen; verschiedene Reize, darunter auch Autotoxämie, können zunächst latent den Krampf vorbereiten, bis schließlich durch Summation oder durch Hinzutreten eines neuen Reizes der Krampf ausgelöst wird. —

Der Einfluß der Leber auf Geistesstörung ist noch unsicher. Am deutlichsten ist eine Kombination bei der *Wilson*schen Krankheit, der progressiven Degeneration des Nucleus lentiformis. Das Gewebe dieser Zentren im Gehirn wird eingeschmolzen mit Bildung von Körnchenzellen, aber auch in der Hirnrinde kommen Störungen vor. Manchmal finden sich auch die Riesenzellen der Glia nach *Alzheimer*. Dazu besteht eine knotige Leberzirrhose. Nach *Hall* liegt eine angeborene Minderwertigkeit der Leber und des Gehirns zugrunde. Die Abgrenzung von anderen Erkrankungen des extrapyramidalen Systems ist nicht scharf.

Kirschbaum hat in unserer Klinik 3 Fälle von akuter Atrophie der Leber auf das Zentralnervenzystem untersucht und dabei Entartung gefunden im Corpus striatum und im Pallidum, aber auch in der Hirnrinde. Bei Tierversuchen mit Ausschaltung der Leber fand er keine stärkere Schädigung im Corpus striatum und im Pallidum —

Früher hat man der körperlichen Erschöpfung große Bedeutung beigemessen für die Entstehung von Geisteskrankheiten. Eine Reihe von Störungen wurde als Erschöpfungspsychose bezeichnet, so Amentia und Inanitionsdelirium. Von Schiffbrüchigen, die lange Zeit hungernd auf einem Wrack trieben, wurden Delirien berichtet. Aber hierbei scheinen auch psychische Umstände, vor allem Angst und Verzweiflung, mitzuwirken, zumal bei manchen schon am zweiten Tage eine psychische Störung auftrat.

Wir müssen bei Erschöpfung unterscheiden zwischen körperlicher Überanstrengung, Mangel an Schlaf und Mangel an Nahrungsaufnahme. Die körperliche Überanstrengung wirkt eher auf das Herz schädlich, als auf das Nervensystem. Der Mangel an Schlaf kann allerdings bald Störungen der psychischen Norm bringen. Verhältnismäßig gering ist dagegen der psychische Einfluß des Hungers. Ich habe selbst Ver-

suche angestellt und dabei auch nach 3 Tage langer Enthaltung der Nahrung nur eine geringe Schädigung des Gedächtnisses und der Ideenassoziationen gefunden, während die Wahrnehmung noch gut erhalten war. Dagegen sanken die geistigen Fähigkeiten schon während einer durchwachten Nacht sehr schnell.

Auch bei Tierversuchen ist das Hirn der an Hunger gestorbenen Tiere viel weniger gestört als das solcher Tiere, die durch Mangel an Schlaf starben.

Ein riesiges Experiment hinsichtlich der Erschöpfung bildete der Krieg. Aber von einer Zunahme der Psychosen infolge von Erschöpfung ist nicht die Rede. Insbesondere hatten wir Gelegenheit, den Einfluß des Hungers auf bestehende Psychosen zu beobachten, aber er war negativ. Eine paranoide Frau von 170 cm Größe sank im Gewicht auf 24 kg, ohne daß der Geisteszustand sich änderte. Ein schwachsinniger junger Mann, 173 cm groß, sank schnell auf 35 kg ohne geistige Veränderung.

Also Erschöpfung kann nur einen geringen Einfluß auf Verursachung von Psychosen haben, am wenigsten der Mangel an Nahrung. —

Unser Überblick zeigt, daß bei Psychosen eine außerordentliche Menge von biologisch-chemischen Veränderungen vorkommt, die als Autotoxämie aufzufassen ist. Zum Teil sind es Begleiterscheinungen der anderweitig bedingten Erkrankung, wie bei der Paralyse.

Zum Teil aber müssen diese Störungen auch als kausale Faktoren aufgefaßt werden. Die Verursachung einer Psychose als Phänotypus ist nicht so einfach, wie eine chemische Reaktion. Es handelt sich wohl meist um eine Summation von Faktoren. Zunächst eine angeborene Disposition, und zwar sowohl im Zentralnervensystem, als auch im vegetativen Nervensystem und im System der Drüsen der inneren Sekretion. So liegt es bei den Fällen von Idiotie und Schwachsinn mit Störung der Drüsen, ebenso auch meist bei Dementia praecox. Aber wenn diese Bedingungen vorliegen, müssen oft noch äußere oder innere Reize hinzukommen, wie bei der Epilepsie.

Eine wichtige Frage ist: Kann die Behandlung diese Gesichtspunkte verwerten? In manchen Punkten geschieht das längst. Am dankbarsten sind die Fälle von Myxödem und Kretinismus. Diese Krankheiten werden bald ganz verschwinden, aber dazu wird auch die Vorbeugung beim endemischen Kretinismus beitragen, die Sanierung des Wassers und die Verabreichung kleiner Jodmengen.

Bei Störung der Hypophyse gibt es Erfolge durch Bestrahlung mit Röntgen-Strahlen und mit Radium, durch Operation, aber

manchmal auch, besonders bei Unterfunktion des glandulären Teils, durch Organsubstanz, so frische Drüsen vom Tier oder Drüsenextrakt frisch oder ein fertiges Präparat.

Eine Reihe anderer Organbehandlungen ist wichtiger für die Neurologie als für die Psychiatrie.

Auch für die Epilepsie ergeben sich therapeutische Gesichtspunkte.

Leider hat die Fieberbehandlung mit Malaria und Rekurrens, die auch in unserer Klinik bei Dementia praecox, Epilepsie, Metenzephalitis, Sklerosis multiplex angewandt wurde, noch keine deutlichen Erfolge gehabt. Auch andere Behandlungen der Dementia praecox, mit Organsubstanz und mit Transfusion von Blut, waren erfolglos.

Neuerdings hat *Wolfgang von Wieser* in Wien über Erfolge bei Störungen der inneren Sekretion durch Röntgen-Strahlen berichtet. Zunächst müssen klinisch genau die Fermentreaktionen nach *Abderhalden* und der Grundumsatz festgestellt werden, worauf eine Bestrahlung der innersekretorischen Drüsen mit Röntgen-Strahlen erfolgt. Es sind zunächst 98 Fälle von Idiotie behandelt worden, darunter auch vielfach Mongolismus, und in 94 Fällen wurden der klinische Zustand und der Befund des Serums gebessert. Ferner wurden zahlreiche andere Störungen psychischer, neurologischer und endokriner Art behandelt. Die Mitteilungen sind durchaus der Nachprüfung wert.

Sowohl die Diagnostik wie auch die Therapie verlangt, daß die Erforschung der autotoxämischen Einflüsse bei Psychosen als eine der Hauptaufgaben der Psychiatrie betrachtet wird.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Kissingen am 24. und 25. April 1928.

Vorsitzender: *Bonhoeffer*-Berlin; am 25. April nachm. *Berze*-Wien.

Anwesend: *Ackermann*-Großschweidnitz, *Ahrens*-Sorau, *Adams*-Andernach, *Ast*-Eglfing, *Bandelow*-Leubus, *Baumann*-Landsberg, *Benning*-Bremen-Oberneuland, *Beltinga* (Oberreg. Rat a. G.) Würzburg, *Berge*-Merxhausen, *Berze*-Wien, *Birnbaum*-Berlin, *Blachian*-Haar, *Bonhoeffer*-Berlin, *Bostroem*-München, *Bott*-Bamberg, Frl. *Brahn*-Berlin, *Braune*-Altscherbitz, *Bräuner*-Lüneburg, *Bratz*-Berlin, *Brühl*-Kiedrich, *Brunner*-Zürich, *Bumke*-München, *Camerer*-Winnenden, *Clemens*-Eickelborn, *Creutz*-Düsseldorf-Grafenberg, *Creutzfeldt*-Berlin, *Dabelstein*-Schleswig, *Dangel*-Ludwigshafen, *Dannenberger*-Goddelau, *Dietrich*-Königsberg, *Dinter*-Brieg, *Dietz*-Alzey, *Dodel*-Nürnberg, *Donalies*-Berlin, *Ebermayer*-Leipzig a.G., *Ehlers*-Potsdam, *Eichelberg*-Hedemünden, *Emanuel*-Berlin, *Enge*-Lübeck, *Encke*-Lauenburg, *v. Ehrenwall*-Ahrweiler, *Ernst*-Bruchsal, *Ewald*-Erlangen, *Faas*-Kutzenberg, *Falkenberg*-Berlin-Herzberge, *Fehsenfeld*-Schneidemühl, *Fischer*-Berlin-Dahlem, *Fischer*-Würzburg, *Fleck*-Göttingen, *Fleischhacker*-Frankfurt, *Flügel*-Leipzig, *Friedemann*-Freiburg Br., *Gallus*-Potsdam, *Gaupp*-Tübingen, Frhr. *v. Gebsattel*-Fürstenberg, *Gerweck*-München, *Goerich*-Bernburg, *Görtz*-Würzburg, *Griese*-Aplerbeck, *Groß*-Wiesloch, *Grünthal*-Würzburg, *Grütter*-Königslutter, *Gruhle*-Heidelberg, *Günther*-Andernach, *Gückel*-Neustadt-Aisch, *Hahn*-Frankfurt, *Häuptner*-Jerichow, *Hauptmann*-Allenberg, *Havemann*-Rastenburg, *Havestadt*-Düsseldorf-Grafenberg, *Heimsoth*-Berlin, *Hegemann*-Warstein, *Henkel*-Hadamar, *v. Hendriksen*-Roskilde (Dänemark), *Herting*-Düsseldorf-Grafenberg, *Herzog*-Wiesloch, *Hinrichs*-Neustadt, *Hinzen*-Münster, *Hirschfeld*-Berlin, *Hock*-Bayreuth, *Hörmann*-Dresden, *Hofmann*-Braunschweig, *Hofmann*-Kassel, *Hofmann*-Werneck, *Holthausen*-Tapiau, *Hölzel*-Haar, *Holzer*-Aplerbeck, *Hoppe*-Leubus, *Horn*-Berlin-Tegel, *Horstmann*-Stralsund, *Hübner*-Bonn, *Ilberg*-Sonnenstein, *Jach*-Pfafferode, *Jacobi*-Stadtroda, *Jakoby*-Sayn-Coblenz, *Jess*-Eberswalde, *Jossmann*-Berlin, *Junius*-Berlin, *Kafka*-Hamburg, *Kahle*-Langenhagen, *Kaldeway*-Nürnberg, *Kallmann*-Berlin, *Kauders*-Wien, *Kihn*-Erlangen, *Kinsberger*-Goddelau, *v. Klebelsberg*-Hall, *Kleffner*-Münster, *Kleist*-Frankfurt, *Klüber*-Klingenmünster, *Knörr*-Neuruppin, *König*-Bonn, *Koester*-Amelsbüren, *Koester*-Bonn, *Kolb*-Erlangen, *Kost*-Waldbreitbach, *Kramer*-Berlin, *Krapf*-München, *Kraus*-Kennenburg, *Kronfeld*-Berlin, *Krüger*-Tapiau, *Kunze*-Lüben, *Küppers*-Freiburg Br., *Kurrer*-Kortau, *Lackerbauer*-Regensburg, *Laegel*-Arnsdorf, *Lange*-München, *Langelüddeke*-Hamburg, *Langer*-Nietleben, *Laskowsky*-Saffig, *Lische*-Ansbach, *Löwen*-

stein-Bonn, *Ludwig*-München, *Luxenburger*-Basel, *Luz*-Berlin, *Maaß*-Waldheim, *Maier*-Zürich, *Margerie*-Adlerhütte, *Maschmeyer*-Göttingen, *Mathes*-Emmendingen, *Maurer*-Niedermarsberg, *Mayr*-Eglfing, *Meyer*-Köppern, *Meyer*-Königsberg, *Meyer*-Lüben, *Michalke*-Görden, *Mönke-Möller*-Hildesheim, *Moerchen*-Wiesbaden, *Mosbacher*-München, *Müller*-Klingenmünster, *Müller*-Lohr, *Naomitsu*-Suzuki-Fukuoka (Japan), *Neißer*-Bunzlau, *Neu*-Düren, *Neustadt*-Düsseldorf, *Ohl*-Obrawalde, *Orthmann*-Süchteln, *Ottmann*-Werneck, *Pfannmüller*-Ansbach, *Philipps*-Bethel, *Pleyer*-Berlin, *Pohlisch*-Berlin-Charlottenburg, *Rackortz*-Kortau, *Ranke*-München, *Rehm*-Bremen, *Reichardt*-Würzburg, *Rein*-Landsberg, *Reinelt*-Osnabrück, *Reinhardt*-Klingenmünster, *Repkewitz*-Schleswig, *Resch*-Frankenthal, *Riggenbach*-Basel, *Rittershaus*-Hamburg, *Roemer*-Karlsruhe, *Roeper*-Hamburg, *Roesen*-Lübben, *Rüdin*-Basel, *Salinger*-Berlin-Lichtenberg, *Schäfer*-Hamburg, *Schäfer*-Kaiserswerth, *Schilder*-Wien, *Schinke*-Tost, *Schlomer*-Berlin-Westend, *Schmeel*-Heppenheim, *Schmidt*-Lengerich, *Schmidt*-Ludwigshafen, Frau *Schmidt-Kraepelin*, *Schmitt*-Hubertusburg, *Schneider*-Köln-Lindenthal, *Schneider*-Lohr, *Schnell Anne-Marie*-Lauenburg, *Schrammy*-Pfafferode, *Schroeder*-Leipzig, *Schroeder*-Uchtspringe, *Schubert*-Lüben, *Schütte*-Langenhagen, *Schulte*-Berlin, *Schulte*-Niedermarsberg, *Schultze*-Göttingen, *Schulze* (Ministerialdirektor, a. G.)-Dresden, *Schwabe*-Plauen i. V., *Schwan*-Galkhausen, *Schwarz*-Kutzenberg, *Schwartz*-Altscherbitz, *Scriba*-Gießen, *Seemann*-Leubus, *Seige*-Liebenstein, *Simon*-Gütersloh, *Sinn*-Neubabelsberg, *Sioli*-Düsseldorf-Grafenberg, *Sioli Gertrud*-Düsseldorf-Grafenberg, *Snell*-Herborn, *Sprengel*-Obernigk, *Stahl*-Bedburg, *Stahr*-Königslutter, *Stamm*-Hannover, *Stapel*-Wunstorf, *Stein*-Freiburg, *Stertz*-Kiel, *Stier*-Berlin, *Stöckle*-Lohr, *Straus*-Berlin, *v. Sydow*-Ückermünde, *Teuscher*-Dresden, *Theobald*-Eglfing, *Thiele*-Berlin, *Thürwächter*-Brieg, *Tomaschny*-Uckermünde, *Toedter*-Bedburg, *Ubenauf*-Stadtroda, *v. Verschuer*-Berlin-Steglitz., *Wachsmuth*-Eichberg, *Warda*-Blankenburg, *Warstadt*-Berlin, *Wassermeyer*-Alsbach, *Wegener*-Düsseldorf-Grafenberg, *Weidenmüller*-Nietleben, *Weißenfeld*-Bunzlau, *Wendt*-Hochweitzschen, *Wernecke*-Treptow, *Westphal*-Bonn, *Weygandt*-Hamburg, *Wickel*-Haina, *Wiehl*-Düsseldorf, *Wieners*-Bernau-Berlin, *Wilhelmy*-Bonn, *Wildt*-Langenhagen, *Willige*-Ilten, *Wilmanns*-Heidelberg, *Winkler*-Stadtroda, *Witte*-Bedburg-Hau, *Wittermann*-Winnental, *Wolf*-Berlin, *Zappe*-Schleswig-Hesterberg, *Zeiss*-Merxhausen, *Ziertmann*-Schleswig, *Zöllner*-Magdeburg, *Zucker*-Greifswald. 256 Teilnehmer.

I. Referat. *Eichelberg*-Hedemünden: Wichtigste Gesichtspunkte in der psychiatrisch-neurologischen Berufsausbildung.

Zunächst glaube ich, in Ihrer aller Sinne zu sprechen, wenn ich meinem großen Bedauern darüber Ausdruck gebe, daß der von uns allen so hoch geschätzte Geheimrat *Mercklin* infolge längerer Krankheit nicht in der Lage ist, Ihnen heute das Referat über Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses an den psychiatrischen Anstalten zu erstatten, wie es vom Vorstand gewünscht wurde. Leider war es auch nicht mehr möglich, bei der Kürze der Zeit einen anderen Anstaltsdirektor zu bitten, dieses Referat zu übernehmen. Ich hoffe aber, daß es mir gelingen wird, Ihnen auch die Anstaltsverhältnisse so zu schildern, wie sie in Wirklichkeit sind, um

auf Grund der ganzen einschlägigen Verhältnisse Ihnen das sagen zu können, was mir für die Ausbildung des psychiatrisch-neurologischen Nachwuchses in weitestem Sinne erforderlich scheint.

Die psychiatrische Wissenschaft hat ihre ersten größeren Erfolge gezeitigt auf Grund der Forschungsergebnisse, wie sie in den Provinzial- und Landesanstalten gemacht wurden. Erst später sind auch an den Universitäten psychiatrische Kliniken eingerichtet, so daß jetzt ein edler Wettstreit zwischen Kliniken und Anstalten auch in bezug auf wissenschaftliche Erforschung der geistigen Erkrankungen besteht. Es gibt wohl nichts Verkehrteres, als wenn man vereinzelt hört, daß es zwischen theoretisch-wissenschaftlicher und praktischer Psychiatrie einen Unterschied gäbe. Man kann doch mit dem besten Willen nicht behaupten, daß die Universitätskliniken rein theoretisch-wissenschaftlich arbeiteten. Auch hier wird doch praktische Psychiatrie getrieben, wenn naturgemäß auch die rein wissenschaftliche Seite hier eine größere Bedeutung hat, als das vielleicht in manchen Anstalten der Fall ist. Auf der anderen Seite wissen wir aber doch, daß auch in einer großen Anzahl von Landes- und Provinzialanstalten intensiv wissenschaftlich gearbeitet wird, und daß auch bis in die neueste Zeit hinein sehr wertvolle Anregungen von dieser Seite aus für die wissenschaftliche Psychiatrie erfolgt sind. Universitäten und Anstalten müssen in der Erkenntnis der psychischen Erkrankungen und in der Behandlung derselben zusammenarbeiten, damit das Ziel, welches uns allen doch in erster Linie vorschwebt, dem Kranken zu helfen, möglichst vollkommen erreicht wird.

Eine wechselnde Stellung hat die Neurologie in der Entwicklung der verschiedenen Spezialwissenschaften eingenommen. Sie war bis vor noch nicht allzu langer Zeit im wesentlichen an der Universität den Medizinischen Kliniken angegliedert. Ich erinnere an Namen wie *Erb*, *Lichtheim*, *Strümpell*, *Friedrich Schulze*, um zu zeigen, daß viele innere Mediziner sich große Verdienste um die Fortschritte der neurologischen Wissenschaft erworben haben. Nachdem aber selbständige Universitätskliniken für psychische Erkrankungen an den Universitäten eingerichtet waren, war es wohl eigentlich selbstverständlich, daß auch an diesen Kliniken neurologisch gearbeitet wurde. Das Zentralnervensystem ist doch einmal ein einheitliches Ganze, und es ist doch wohl kaum möglich zu sagen, daß eine Spezialwissenschaft, die sich mit dem Zentralnervensystem in erster Linie befaßt, nun an irgendeinem Punkte der Organerkrankungen des Gehirns oder des Rückenmarks mit der Forschung aufhören soll. So sind aus den psychiatrischen Kliniken denn auch fast an allen Universitäten im Laufe der zwei letzten Jahrzehnte Universitätskliniken für psychische und Nervenkrankheiten geworden. So kam es ganz von selbst, daß auch von rein innerer Seite dem Spezialgebiet der neurologischen Erforschungen nicht mehr so großer Wert beigelegt wurde, wie das früher der Fall war, zumal ja die innere Medizin auf anderen Gebieten so wichtige und große Aufgaben noch zu erledigen hatte. Bei dieser Sachlage ist es zweifelhaft, ob sich die Facharztbezeichnung „Facharzt für innere und Nervenerkrankungen“ in Zukunft noch halten lassen wird. „Facharzt für innere Erkrankungen“ müßte doch hier genügen.

In Zusammenhang hiermit müssen wir uns doch auch darüber klar werden, daß es für einen praktischen Nervenarzt unmöglich ist, Kranke

zu behandeln, wenn er nicht wenigstens gewisse psychiatrische Kenntnisse besitzt. In der Sprechstunde des praktischen Nervenarztes sitzen ja nicht täglich multiple Sklerosen, amyotrophische Lateralsklerosen, Gehirn- und Rückenmarkstumoren. Die Hauptsache der neurologischen Praxis machen doch die Neurosen und beginnenden Psychosen aus. Auf der anderen Seite ist es ja wohl selbstverständlich, daß ein Facharzt für Geisteskrankheiten in der Praxis keinen Zuspruch bekommen würde; er muß sich aus rein äußeren Gründen doch schon Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten oder einfach Nervenarzt nennen. Aus dieser Bezeichnung geht aber ebenfalls hervor, daß ein Psychiater ohne neurologische Vorbildung in der Praxis auch nichts erreichen kann. Ich glaube daher, daß die psychiatrisch- neurologische Ausbildung so eng zueinandergehören, daß eine Trennung dieser Ausbildung in zwei Spezialgebiete praktisch undurchführbar ist. Der Psychiater muß neurologisch und der Neurologe muß psychiatrisch ausgebildet sein.

Nach den Bremer Richtlinien soll ein Arzt, der sich Facharzt für Nerven- und psychische Krankheiten nennen will, eine dreijährige Spezialausbildung durchmachen. Ich halte das im allgemeinen auch für ausreichend und stehe nicht auf dem Standpunkt, daß die verschiedenen ärztlichen Spezialgebiete sich immer noch in der Länge der Ausbildungszeit übertreffen sollen. Wer 3 Jahre nach dem Examen und dem praktischen Jahr noch fleißig die Gelegenheit wahrnimmt, die ihm als Assistent an Kliniken oder Anstalten zu seiner Ausbildung geboten wird, wird im allgemeinen genügend Spezialkenntnisse erwerben können, wenn er überhaupt sich zum Arztberuf bzw. zu der Spezialität eignet.

Im Zusammenhang hiermit muß ich auch noch kurz auf die Frage eingehen, ob es nicht richtig ist, an den Universitäten noch spezielle Nervenkliniken und Lehrstühle für Nervenheilkunde einzurichten. Die Gesellschaft Deutscher Nervenärzte hat sich ja mehrfach für eine derartige Forderung eingesetzt. Vom allgemeinen Gesichtspunkt aus glaube ich trotzdem, daß man einem solchen Vorschlag in dieser allgemeinen Fassung nicht zustimmen kann. Eine weitere Spezialisierung des Studiums würde m. E. direkt ein Unglück bedeuten. Ich glaube aber auch nicht, daß es aus wissenschaftlichen Gründen notwendig ist, noch eine weitere Spezialisierung eintreten zu lassen. Es ist ja selbstverständlich, daß an den Kliniken, und zwar sowohl an den inneren wie an den Kliniken für psychische und Nervenkrankheiten über speziell neurologische Gebiete doch wissenschaftlich genügend gearbeitet werden kann, und daß auch für diesen Zweck an diesen Kliniken genügend Material zur Verfügung steht.

Einen Wunsch glaube ich allerdings, kann man im Zusammenhang hiermit doch aussprechen, und das ist der; das psychiatrisch-neurologische Material der großen öffentlichen Krankenhäuser einschließlich der Alters- und Siechenanstalten muß dem psychiatrisch-neurologisch vorgebildeten Arzt mehr zugänglich gemacht werden, als das bisher der Fall ist. In großen Städten werden beginnende Psychosen von den praktischen Ärzten doch sehr häufig den Städtischen Krankenhäusern zugewiesen. Und wir sehen ja auch, daß in diesen Krankenhäusern tatsächlich nicht selten kleine psychiatrische Aufnahmestationen, verbunden mit größeren neurologischen Abteilungen, vorhanden sind, deren Leiter aber in sehr vielen Fällen nicht ein psychiatrisch-neurologisch vorgebildeter Arzt ist. Hier

muß m. E. unbedingt Wandel geschaffen werden. Es ist daher auf jeden Fall zu erstreben, daß an großen Städtischen Krankenhäusern, denen ein größeres psychiatrisch-neurologisches Krankenmaterial zufließt, solche psychiatrisch-neurologischen Abteilungen mit selbständigen spezialwissenschaftlich vorgebildeten Oberärzten eingerichtet werden. Für unseren Nachwuchs ist das natürlich auch von außerordentlicher Wichtigkeit. Denn es ist ja wohl selbstverständlich, daß einem Spezialgebiet desto mehr jüngere Ärzte sich widmen, je günstigere Aussichten für späteres Fortkommen vorhanden sind. Daher liegt es besonders auch im Interesse der öffentlichen Irrenanstalten, daß wir für unseren psychiatrischen ärztlichen Nachwuchs möglichst günstige Aufstiegsbedingungen schaffen.

Die Frage des Nachwuchses hat ja schon vor dem Kriege eine große Rolle gespielt, und es ist damals eine umfangreiche Literatur über diese Frage entstanden. Im Kriege und in den ersten Jahren nach dem Kriege war es auf diesem Gebiet naturgemäß ruhiger, weil genügend Ärzte vorhanden waren, und durch die Abbaubestimmungen sogar noch ein Teil der Ärzte überflüssig wurde. Jetzt ist das aber natürlich wieder ganz anders. Das Bedürfnis von Nachwuchs bei den Anstalten ist ein sehr großes, da ja tatsächlich an vielen Anstalten nur noch beamtete ältere Ärzte tätig und jüngere Assistenzärzte kaum noch vorhanden sind. Wenn wir dieser Frage richtig nähertreten wollen, so ist es notwendig, hier zunächst einige statistische Grundlagen einzuschieben. Unter dem Einfluß der sozialen Versicherungen war in den 80er Jahren die Zahl der Approbationen erheblich gestiegen. Sie hielt sich dann bis zum Jahre 1902 etwa auf 1500 jährlich. Dann aber trat eine Senkung ein, so daß sich die Zahl der Approbationen unter 1000 etwa jährlich hielt. Ich bitte, bei dieser Gelegenheit schon darauf zu achten, daß gerade in diesen Jahren, als die Zahl der Approbationen sank, auch schon bei den öffentlichen Irrenanstalten ein Mangel an Assistenzärzten vorhanden war, und daß man damals schon immer überlegte, wie man diesem Mangel am besten abhelfen könne. Dann kam der Krieg, bei dessen Anfang naturgemäß die Zahl der Approbationen auf fast 4000 stieg. Im weiteren Verlauf sank dann die Approbationszahl, aber nach Beendigung des Krieges haben wir zunächst eine so große Produktion von Ärzten gehabt, wie das vor dem Kriege niemals der Fall war, indem durchschnittlich 2—3000 Ärzte approbiert wurden. Im letzten Jahre ist nun die Zahl der Approbationen wieder erheblich gesunken, da wohl allgemein sich die Ansicht durchsetzte, daß man auch bei der Überfüllung des ärztlichen Berufs als Arzt nicht mehr sein Auskommen haben würde, zumal wenn man dabei das außerordentlich teure Studium berücksichtige. Eine weitere Erschwerung für die Gewinnung jüngerer Assistenzärzte ist dadurch eingetreten, daß nach den gesetzlichen Zulassungsbestimmungen zur Krankenkassenpraxis gefordert wird, daß derjenige, der sich schon niedergelassen hat, zur Kassenpraxis zugelassen werden kann, und daß weiterhin die Assistentenzeit bei der Zulassung in geringerem Maße angerechnet wird als die eigentliche Niederlassungszeit. Dies ist natürlich ein Unding, denn es ist doch sicher besser, daß ein Arzt sich weiter ausbildet, als daß er einfach an einem Ort ohne nennenswerte Praxis dort sitzt und bis zu seiner Zulassung wartet. Die Zahl der jungen Medizinstudenten in den ersten 3 Semestern hat aber so erheblich wieder zugenommen, daß in etwa 4—5 Jahren wieder mit

einer bedeutenden ärztlichen Überproduktion zu rechnen ist. Genau wie in den Jahren vor dem Kriege, als die Zahl der Approbationen abnahm, hören wir auch jetzt bei abnehmender Approbationszahl aus den Kreisen der öffentlichen Anstalten Klagen, daß sie nicht mehr genügend Bewerbungen hätten, um die frei werdenden Stellen mit jüngeren Ärzten zu besetzen. Aus einer Statistik, die vor einiger Zeit vom Leipziger Verband aufgestellt ist, kann man ersehen, daß bei den öffentlichen Irrenanstalten etwa viermal soviel Assistentenstellen unbesetzt sind, als das in anderen Krankenhäusern der Fall ist. Diese Tatsache muß doch einen Grund haben. Wenn man den Aufsatz des Herrn Kollegen *Ilberg* liest, den er vor einiger Zeit in der Münchner Med. Wochenschrift veröffentlicht hat, so muß man doch glauben, daß es eigentlich die schönste ärztliche Tätigkeit wäre, die man sich überhaupt denken könne, psychiatrischer Anstaltsarzt zu werden. Wenn ich mit dem Inhalt auch im wesentlichen übereinstimme, so glaube ich aber doch, daß dieser Artikel mehr ein Werbeartikel für junge Ärzte gewesen ist, und daß die Schönheiten und Annehmlichkeiten des Berufs objektiv zu sehr hervorgehoben sind, während auf die Schattenseiten zu wenig aufmerksam gemacht ist. Die Ausführungen des Herrn Kollegen *Bernhard* in den Ärztlichen Mitteilungen, die als Antwort auf die Arbeit des Herrn Kollegen *Ilberg* erschienen, sind doch nach dieser Richtung sehr beachtenswert, wenn vielleicht auch hier wieder manches zu sehr durch eine graue Brille gesehen ist. Die Tatsache ist aber ohne Zweifel, daß von dem jungen Arzt das Erlangen einer Assistentenstelle an einer öffentlichen Irrenanstalt im allgemeinen für nicht besonders erstrebenswert gehalten wird. Mit einigen Worten muß ich hier zunächst auf die materielle Seite der Angelegenheit eingehen, wenn im allgemeinen das ja auch über den Rahmen meines Referats hinausgeht, und ich deswegen auf die Einzelheiten nicht weiter zu sprechen kommen will. Der Assistent der öffentlichen Irrenanstalt stand sich materiell früher besser als der eines anderen öffentlichen Krankenhauses. Nachdem aber nach dem Kriege die Assistentengehälter an den Krankenanstalten im allgemeinen wesentlich erhöht sind, ist ein nennenswerter Unterschied nach dieser Richtung nicht vorhanden. Wenn also früher dem jungen Assistenzarzt aus materiellen Gründen vielleicht noch die Bewerbung um eine Stelle an einer Irrenanstalt begehrenswert erschien, so ist auch dieser Grund jetzt fortgefallen. Im allgemeinen melden sich bei den Irrenanstalten nur diejenigen Ärzte als Assistenten, die dort bleiben wollen, die also die beamtete Anstaltskarriere einschlagen wollen. Diese Tatsache ist für die Anstalten m. E. ein großer Nachteil. Auf diese Weise kommen sie häufig dazu, Ärzte in die Anstaltskarriere hineinzunehmen, die an und für sich nicht besonders hierfür geeignet sind. Sie müssen sich aber hierzu entschließen, da die Auswahl eine so geringe ist. Andrerseits ist im allgemeinen beim ärztlichen Nachwuchs der Glaube verbreitet, daß man mit einer Ausbildung an einer psychiatrischen Anstalt sonst im späteren medizinischen Beruf doch nichts Nennenswertes anfangen könne. Dies ist natürlich ein großer Irrtum, und es ist daher unsere Pflicht, nach dieser Richtung aufklärend zu wirken und andrerseits aber auch objektiv zu zeigen, daß eine Assistentenzeit an den psychiatrischen Anstalten auch für den späteren ärztlichen Beruf keine verlorene Zeit sei. Es kann sicherlich keinem allgemein praktischen Arzte schaden, wenn er einmal 1 Jahr an einer

psychiatrischen Anstalt tätig gewesen ist. Es ist nicht notwendig, daß er die Diagnose und Therapie der Geisteskrankheiten in allen Einzelheiten kennen lernt, aber es ist wichtig für ihn und seine Kranken, daß er weiß, daß bei allen Erkrankungen die Psyche des Menschen eine gewaltige Rolle mitspielt. Und ich glaube auch weiterhin, daß man den Umgang mit Kranken als junger Arzt nirgends besser lernen kann als im Umgang mit geistig nicht gesunden Menschen.

Wie ich schon früher ausgeführt habe, ist aber eine psychiatrische Ausbildung für den praktischen Nervenarzt von unbedingter Notwendigkeit. Derjenige, der sich später als Nervenarzt in der Praxis niederlassen will, muß auch psychiatrisch ausgebildet sein, und diese psychiatrische Ausbildung kann er natürlich sehr gut als Assistent an einer öffentlichen Irrenanstalt erhalten. Wenn diese Tatsachen mehr bei dem ärztlichen Nachwuchs verbreitet werden, als das bisher der Fall ist, so glaube ich, wird dies schon wesentlich dazu beitragen, daß eine Reihe von jungen Ärzten sich doch um eine Assistentenstelle an den öffentlichen Anstalten bemüht. Die öffentlichen Anstalten müssen einerseits den ärztlichen Nachwuchs für ihre eigenen Anstalten ausbilden, andrerseits müssen sie aber auch Ausbildungsstätten für die Nervenärzte der Praxis werden. Angestellter Anstaltsarzt kann m. E. nur derjenige werden, der psychiatrisch und neurologisch fertig ausgebildet ist, der also auch in Übereinstimmung mit den Bremer Richtlinien schon das Recht hat, sich Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten zu nennen. Es ist aus diesem Grunde sehr zu wünschen, daß zum mindesten an den Anstalten, die in der Nähe von großen Städten liegen, offene Abteilungen für Nervenkranke angegliedert werden, damit die Ausbildung der Assistenzärzte eine möglichst vielseitige sein kann. Anfänge nach dieser Richtung sind ja schon mehrfach gemacht, aber es scheint mir notwendig, daß man diese Frage praktisch noch intensiver bearbeitet als bisher.

Gegen die Angliederung solcher offenen Nervenheilstätten an eine Irrenanstalt können natürlich viele naheliegenden Bedenken erhoben werden. Die Nervösen haben ja bekanntlich große Angst, mit Geisteskranken verwechselt zu werden, und sie wollen deswegen möglichst wenig mit diesen zu tun haben. Die Provinzialbehörden lehnen es weiterhin ab, solche Nervenabteilungen zu gründen, da sie gesetzlich ja nur verpflichtet sind, für die geeignete Unterbringung der Geisteskranken zu sorgen. Ich glaube aber doch, daß diese Schwierigkeiten sich überwinden lassen würden durch völlige räumliche Trennung von der eigentlichen Anstalt, vielleicht auch durch getrennte Zufahrtstraßen, andere Namensbenennung u. dergl. Durch Angliederung derartiger Abteilungen erhoffe auch ich in Übereinstimmung mit *Aschaffenburg* und *Bratz*, daß das Vorurteil gegen die Anstalten sich etwas vermindern wird. Die Versuche, die mit der Dalldorfer Irrenanstalt, die bekanntlich jetzt doch „Wittenauer Heilstätten der Stadt Berlin" heißen, gemacht sind, scheinen mir doch den richtigen Weg zu weisen, auf dem wir gehen müssen. Läßt sich dieser Weg auch weiterhin an anderen Anstalten praktisch durchführen, so bin ich überzeugt, daß durch die vermehrten Ausbildungsmöglichkeiten, die an den so veränderten Irrenanstalten dann vorhanden sind, mehr junge Ärzte sich veranlaßt fühlen, hier Assistent zu werden, als das früher der Fall war. Es geht natürlich über den Rahmen dieses Referats hinaus,

nun auch noch auf die anderen Möglichkeiten der Umwandlung von eigentlichen Irrenanstalten in allgemeinere Krankenanstalten durch Einrichtung von Abteilungen für Süchtige, für Psychopathen u. dergl. mehr näher einzugehen. Der Hinweis hierauf möge genügen.

Im allgemeinen ist es auch sicherlich nicht gut, daß ein Assistenzarzt nur an einer Anstalt ausgebildet wird. Es ist für ihn besser, wenn er wenigstens an zwei Stellen sich seine Ausbildung verschafft hat. Hierdurch wird der allgemeine Gesichtskreis doch wesentlich erweitert. Für sehr wichtig würde ich es halten, wenn nach Möglichkeit auch ein Austausch zwischen Ärzten an den Kliniken und an den Irrenanstalten durchgeführt werden könnte. Dem Assistenzarzt der Klinik schadet es sicherlich nichts, wenn er einmal 1 Jahr den Betrieb einer großen Anstalt und die Behandlungsmöglichkeiten, die hier für den Kranken gegeben sind, von Grund auf kennen lernt. Ebenso gewiß es auch dem Assistenten an einer öffentlichen Irrenanstalt nützlich ist, wenn er in den klinischen und hiermit verbundenen wissenschaftlichen Betrieb einer Universität Einblick gewinnt. Ja, ich gehe sogar noch weiter, ich halte es für ratsam, auch in den späteren Jahren, wenn es sich schon um angestellte Ärzte handelt, einen derartigen Austausch für wünschenswert zu bezeichnen. Ich glaube auch nicht, daß es besonders gut ist, wenn nach dieser Richtung die Provinzen und Länder gegeneinander einen Grenzwall gezogen haben. Man spricht ja heutzutage auf allen Gebieten so viel von Verreichlichung. Ich glaube, daß eine Verreichlichung auf diesem Gebiete uns nur nützen könnte. Es ist deswegen nicht notwendig, daß nun alle Anstalten Reichsbetrieb werden. Es kann natürlich alles so bleiben wie bisher. Aber es läßt sich doch sicher ohne allzu große Schwierigkeiten ein Weg finden, der es ermöglicht, daß ein regerer Austausch zwischen Ärzten der einzelnen Provinzen und Länder stattfindet, als das bisher der Fall gewesen ist.

Wir kommen dann weiterhin zu der Frage, ob es richtig ist, daß der junge Arzt, der sich psychiatrisch ausbilden will, und der dann später die Anstaltslaufbahn einschlagen will, sich sofort nach dem Examen bzw. nach dem praktischen Jahr psychiatrisch ausbilden soll, oder ob es nicht sehr erwünscht ist, wenn er vorher sich noch auf einem anderen Gebiete der Medizin umsieht. Einer der größten Fehler unseres Spezialistentums auf ärztlichem Gebiete ist m. E. die Tatsache, daß eine große Zahl dieser Spezialisten nur durch die enge Brille ihrer Spezialgebiete sehen. Je umfassender die allgemeine ärztliche Ausbildung eines Spezialisten ist, umso besser ist er für sein Spezialfach geeignet. Hinzu kommt dann noch weiter die Tatsache, daß eine scharfe Abgrenzung keines Spezialfaches möglich ist. Dieses ist natürlich auch bei der Neurologie und Psychiatrie der Fall. Als drittes kommt aber nun bei den psychiatrischen Anstalten noch besonders hinzu, daß sie häufig auf dem flachen Lande liegen, und daß selbstverständlich bei der großen Zahl ihrer Insassen Erkrankungen vorkommen, die mit der eigentlichen psychischen Erkrankung nichts zu tun haben. Wenn wir uns diese drei Tatsachen vor Augen halten, so ist ja die Frage, die ich vorhin gestellt habe, schon von selbst beantwortet. Jede psychiatrische Anstalt muß dankbar sein für den Arzt, der nicht nur auf psychiatrischem, sondern auch auf anderem medizinischen Gebiet ausgebildet ist. Wenn an den psychiatrischen Anstalten wissenschaftlich gearbeitet werden soll, und das ist ja immer der Wunsch unserer Anstalten selbst gewesen,

so ist es natürlich auch notwendig, daß sie Ärzte haben, die auf den Grenzgebieten der psychiatrisch-neurologischen Wissenschaft eine Ausbildung erlangt haben. Pathologisch-anatomisch, serologisch, bakteriologisch vorgebildete Ärzte sind für den Betrieb und für die wissenschaftliche Arbeit einer großen Irrenanstalt unbedingt notwendig. Man darf auch m. E. nicht die gegenseitige wissenschaftliche nnd ärztliche Anregung unterschätzen, die dadurch entsteht, daß an einer großen Anstalt vielseitig ausgebildete Ärzte vorhanden sind. Es ist deswegen Pflicht der Anstaltsleitungen und der in Frage kommenden Behörden zu sehen, möglichst vielseitig ausgebildete Ärzte an die Anstalten zu bekommen. Selbstverständlich ist es aber hierbei erforderlich, daß den Ärzten bei ihrer endgültigen Anstellung die Ausbildungszeit, die sie für die Ausbildung auf anderen ärztlichen Gebieten verwandt haben, voll und ganz angerechnet wird.

Von verschiedener Seite wird auch gewünscht, daß von den angestellten Anstaltsärzten zuvor das Kreisarztexamen abgelegt wird. Es ist ohne Zweifel, daß auch der allgemeine medizinische Blick sich durch die Vorbereitung auf das Kreisarztexamen erweitert, und aus diesem Grunde halte ich die Ablegung dieses Examens auch sicherlich für den Anstaltsarzt für gut. Für besser halte ich aber die richtige Ausbildung auf einem anderen medizinischen Gebiete. Denn das abgelegte Kreisarztexamen kann doch viele zu der Ansicht veranlassen, daß sie nun auf allen medizinischen Gebieten besonders beschlagen sind, und das ist doch gewiß nach der kurzen Vorbereitung auf den verschiedenen Gebieten, die für das Kreisarztexamen notwendig sind, nicht der Fall. Einen praktischen Vorteil hat das abgelegte Kreisarztexamen ja auch insoweit, daß die Anstaltsärzte dann leichter auch noch einen anderen Beruf als beamteter Arzt ergreifen können, wenn ihnen die Tätigkeit an der psychiatrischen Anstalt selbst nicht mehr zusagen sollte.

Es kommt aber nicht nur darauf an, daß der ärztliche Nachwuchs geeignete wissenschaftliche Ausbildungsstätten an den psychiatrischen Anstalten findet, sondern es ist weiterhin auch unbedingt erforderlich, daß die gut ausgebildeten Anstaltsärzte auch Gelegenheit haben, sich weiter fortzubilden. Sie dürfen nicht in dem Kleinkram des Betriebes untergehen. Es ist aber nicht ganz leicht, geeignete Fortbildungsmöglichkeiten und entsprechende Anregungen den fest angestellten Anstaltsärzten zu geben, zumal wenn die Anstalt, wie das häufig der Fall ist, auf dem flachen Lande, fern von jeder größeren Stadt sich befindet. Ich würde es für richtig halten, wenn an etwa 2 bis 3 Universitäten in Deutschland jährlich ein mehrwöchentlicher psychiatrisch-neurologischer Fortbildungskursus gelesen würde. Zu diesen Kursen müssen dann von den verschiedenen Anstalten Ärzte beurlaubt werden, natürlich unter Fortbezug ihres Gehalts und Gewährung besonderer Diäten. Damit eine gleichmäßige Verteilung auf die verschiedenen Kurse stattfinden kann, und damit auch an verschiedenen Universitäten in verschiedenen Gegenden entsprechend dem Bedarf rechtzeitig Kurse eingerichtet werden können, kann diese Sache natürlich nur praktisch durchgeführt werden, wenn sie zentral geregelt wird. Ich könnte mir denken, daß auf diese Weise dann aber für die Fortbildung außerordentlich Gutes geleistet werden könnte. Selbstverständlich müssen auch weiterhin m. E. sogar in erhöhtem Maße als

bisher Mittel bereitgestellt werden, daß die Ärzte der Anstalten wissenschaftliche Tagungen, Kongresse und dergl. besuchen können. Eine längere Beurlaubung zur Arbeit an den Kliniken und an der psychiatrischen Forschungsanstalt in München muß natürlich auch weiterhin möglich sein. Es dürfte sich empfehlen, daß diejenigen Ärzte, die zu einer solchen Fortbildung längere Zeit beurlaubt worden sind, nach ihrer Rückkehr schriftlich über das, was sie dort gesehen, gehört und gearbeitet haben, Bericht erstatten, damit sie auf diese Weise auch wieder fördernd auf diejenigen wirken können, die nicht Gelegenheit hatten, an die Forschungsanstalt zu kommen. Der Besuch von anderen Anstalten mit der Möglichkeit, die dort vorhandenen Einrichtungen neuer Behandlungsarten kennen zu lernen, muß auch in größerem Maße durchgeführt werden, als das bisher der Fall ist.

Das Wichtigste aber ist natürlich, daß auch an den großen Anstalten Einrichtungen bestehen, die es den Ärzten ermöglichen, wissenschaftlich zu arbeiten. Ein gut eingerichtetes pathologisch-anatomisches Institut, bakteriologisch-serologische Laboratorien, eine gute wissenschaftliche Anstaltsbibliothek sind bei jeder größeren Anstalt unbedingt zu fordern. Es braucht sich hierbei um keine Luxuseinrichtungen zu handeln, aber es ist eben notwendig, daß alles das, was zur wissenschaftlichen Arbeit gehört, auch wirklich vorhanden ist. Es würde von einer Provinzial- oder Landesverwaltung kurzsichtig gehandelt sein, wenn sie an diesen Dingen sparen wollte. Erstens sind die laufenden Ausgaben für derartige Einrichtungen nicht besonders groß, und zweitens kommt doch gerade eine gute wissenschaftliche Ausbildung der Ärzte dem Betriebe der Anstalt und den Kranken zugute.

Einrichtung regelmäßiger Referierabende, an denen auch besonders interessante Fälle besprochen werden, wirkt auf die Weiterausbildung der Anstaltsärzte außerordentlich günstig. Es muß eine der vornehmsten Aufgaben des Direktors der Anstalt sein, für die praktische und wissenschaftliche Ausbildung seiner Ärzte zu sorgen. Ich weiß sehr wohl, daß der Direktor einer großen Anstalt mit Arbeiten sehr überhäuft ist. Trotzdem glaube ich aber, daß ihm die Aufgabe, seine Ärzte weiter auszubilden, nicht abgenommen werden darf. Es muß der Versuch gemacht werden, ihn auf andere Weise zu entlasten, und das ist auch nach meiner Ansicht nicht ganz so schwer, wie das auf den ersten Blick zu sein scheint. In diesem Kreise brauche ich ja nicht darüber zu sprechen, daß ich selbstverständlich die Leitung der ganzen Anstalt dem ärztlichen Direktor nach wie vor vorbehalten will, daß ich es sogar für das größte Unglück in der Entwicklung der Anstalten sehen würde, wenn die alleinige verantwortliche Leitung nicht in den Händen des ärztlichen Direktors bleiben würde. Aber er kann doch wesentlich in dieser Hinsicht entlastet werden, wenn er noch mehr als bisher das Recht erhält, sich auch auf diesem Gebiet von seinen anderen Ärzten vertreten zu lassen, bzw. sie sich zur Hilfe heranzuziehen. Oft habe ich auch das Gefühl, daß, wie in vielen anderen Zweigen der Verwaltung, die Verwaltung der Anstalten so bürokratisch geworden ist, daß nach dieser Richtung manches gebesser werden könnte, und daß die Anstalten sich ebenso gut entwickeln würden, wenn nicht soviel verfügt würde und soviel zu berichten wäre, wie das jetzt der Fall ist. Ist es wohl nötig, daß in der jetzigen Zeit noch jeder Arzt

seine Krankengeschichten selbst schreiben muß, oder könnte man durch Bereitstellung von Schreibhülfen und Schreibmaschinen in dieser Beziehung nicht manches vereinfachen, und dadurch nicht nur den Direktor, sondern auch die anderen Ärzte für die eigentliche ärztliche Tätigkeit mehr freimachen, als das jetzt öfters geschieht?

Schon vorhin habe ich erwähnt, daß ich es auch für notwendig erachte, günstige Aufstiegsmöglichkeiten für tüchtige, fleißige Ärzte zu schaffen, indem man die Stellung an den psychiatrischen Anstalten begehrenswert macht. Ich stehe nun nicht auf dem Standpunkt, daß jeder Arzt möglichst früh möglichst selbständig schalten und walten soll, und daß er es als eine persönliche Beleidigung auffaßt, wenn ihm der Direktor der Anstalt auch in Bezug auf die Behandlung gewisse Ratschläge gibt. Ich glaube auch, daß diese Ansicht von den jüngeren Ärzten im allgemeinen geteilt wird. Aber es dürfte doch zu überlegen sein, ob nicht in Zukunft an den ganz großen Anstalten Abteilungen zu schaffen sind, an deren Spitze ein ärztlich selbständiger Oberarzt steht. Ich möchte auch bei dieser Gelegenheit wieder auf die Verhältnisse bei anderen großen öffentlichen Krankenhäusern hinweisen. Diese ganze Frage ist aber zunächst noch nicht spruchreif, und deswegen will ich hierauf nicht näher eingehen.

Durch die Not der Zeit bedingt ist eine ganze Anzahl von Ärzten an den Porvinzialheilanstalten abgebaut worden. Im Interesse der Anstalten und der Kranken ist es unbedingt erforderlich, daß jetzt aber die Zahl der Ärzte wieder langsam vermehrt wird. Die Arbeitstherapie, welche in allen großen Anstalten jetzt doch wesentlich intensiver als früher getrieben wird, fordert geradezu die Vermehrung der Ärzte. Ich will hier nicht näher darauf eingehen, wieviel Ärzte durchschnittlich im Verhältnis zu der Krankenzahl gefordert werden müssen, da die Verhältnisse in den einzelnen Anstalten zu verschieden liegen. Über diese Frage ist ja auch früher schon soviel gesagt und geschrieben, daß ich hierauf verweisen kann. Auf jeden Fall ist es zum mindesten unbedingt notwendig, daß die Verhältniszahl der Ärzte zu den Kranken, wie sie vor dem Kriege gewesen ist, möglichst bald wieder erreicht wird.

Ein junger Arzt, der sich der Anstaltslaufbahn widmet, hat selbstverständlich das Interesse daran, auch einmal Direktor zu werden. Er darf aber nicht etwa das Recht auf den Direktorposten ersitzen, sondern er muß auch tatsächlich beweisen, daß er nach seiner ganzen Persönlichkeit, nach seiner wissenschaftlichen und praktischen Tätigkeit wirklich geeignet ist, einen solchen Posten auszufüllen. Es ist nicht richtig, wenn die Provinzen und Länder sich bei der Ernennung der Direktoren gegenseitig abschließen und nur aus den Ärztekreisen, die ihnen zur Verfügung stehen, den Direktor ernennen. Es kann sehr wohl möglich sein, daß in einer Provinz kein geeigneter Anwärter vorhanden ist, während in anderen Provinzen mehrere sehr geeignete Direktoranwärter sich befinden. Ich glaube auch, daß es nicht verkehrt ist, wenn Oberärzte an Universitätskliniken und dergl. mit in den Kreis der Bewerber um Direktorposten hineinbezogen werden. Ich glaube gerade, daß oft ein Direktor, der aus einem anderen Kreise genommen ist, wissenschaftlich befruchtend und auch sonst nach jeder Richtung günstig auf die von ihm geleitete Anstalt wirken kann. Es besteht natürlich auf der anderen Seite kein Hindernis, daß auch Anstaltsdirektoren, die die geeigneten wissenschaft-

lichen Qualitäten haben, Direktoren von Universitätskliniken werden, wie das ja auch früher nicht ganz selten der Fall gewesen ist. Unter diesen Umständen muß daher auf jeden Fall gefordert werden, daß bei der Besetzung leitender Stellen nicht das Dienstalter, sondern in erster Linie die wissenschaftlich-praktische und persönliche Befähigung des Bewerbers ausschlaggebend ist.

Ich bin am Schlusse. Ich weiß sehr wohl, daß ich Ihnen keine Vorschläge habe machen können, die die bestehenden Schwierigkeiten in der psychiatrisch-neurologischen Berufsausbildung und besonders auch die Schwierigkeiten in bezug auf den Nachwuchs in den Provinzialanstalten mit einem Schlage erledigen können. Ich glaube aber doch, daß wenn nach den Leitsätzen, die ich Ihnen vorlege, in Zukunft gehandelt wird, doch eine wesentliche Besserung nach diesen verschiedenen Richtungen eintreten wird, und aus diesem Grunde bitte ich auch Sie, die Leitsätze, die ich Ihnen vorlege, möglichst einstimmig anzunehmen. Die Leitsätze selbst lauten in Übereinstimmung mit den von mir gemachten Ausführungen folgendermaßen:

1. Die psychiatrische und neurologische Ausbildung gehören so eng zusammen, daß sie nicht voneinander zu trennen sind. Der Facharzt für Nervenkrankheiten (Nervenarzt) muß daher, wenn er überwiegend neurologisch ausgebildet ist, mindestens 1 Jahr psychiatrisch, und wenn er überwiegend psychiatrische Ausbildung genossen hat, mindestens 1 Jahr neurologisch ausgebildet sein.

2. Es muß erstrebt werden, daß in den großen öffentlichen Krankenhäusern, die in größerer Zahl neurologisch-psychiatrische Krankheitsfälle aufnehmen, selbständige, unter fachmännische Leitung gestellte Abteilungen eingerichtet werden. Auch den psychiatrischen Provinzial- und Landesanstalten müssen nach Möglichkeit offene Abteilungen für Nervenkranke angegliedert werden.

3. Bei der Berufsausbildung der Anstaltsärzte ist zu berücksichtigen, daß die Ausbildung nicht nur an einer Anstalt erfolgt. Ein Wechsel der Assistenten zwischen verschiedenen Anstalten und zwischen Universitätskliniken und Anstalten ist sehr erwünscht.

4. Die Ausbildung in einem anderen Fach der Medizin, so besonders in der inneren Medizin, der Bakteriologie, Serologie oder pathologischen Anatomie, ist zu erstreben. Auch die Ablegung des Kreisarztexamens ist erwünscht. Die hierfür verwandte Ausbildungszeit muß bei der endgültigen Anstellung als Anstaltsarzt voll angerechnet werden.

5. Auf die weitere wissenschaftliche Ausbildung der Anstaltsärzte muß großer Wert gelegt werden. So dürfte es sich empfehlen, an den Universitäten länger dauernde Fortbildungskurse einzurichten, in denen die Fortschritte der psychiatrisch-neurologischen Wissenschaft und deren Grenzgebieten gelehrt werden. Die Einrichtung der Kurse und die Verteilung der Teilnehmer muß zentral erfolgen. Auch sonst müssen größere Mittel zur Fortbildung an den Universitätskliniken und an der psychiatrischen Forschungsanstalt in München, zum Besuch von wissenschaftlichen Versammlungen, zum Besuch anderer Anstalten u. dergl. bereitgestellt und schon bestehende Einrichtungen dieser Art weiter ausgebaut werden.

6. Einer jeden Anstalt müssen genügend Mittel für die wissenschaft-

liche Bibliothek, für Laboratorien und sonstige Einrichtungen, die für die wissenschaftliche Arbeit notwendig sind, zur Verfügung stehen.

7. Die Ausbildung der Ärzte einer psychiatrischen Anstalt muß in erster Linie in der Hand des Direktors liegen. Der Direktor hat das Recht, seine Dienstgeschäfte noch mehr als bisher auf seine Ärzte zu verteilen.

8. Die durch die Abbaubestimmungen herabgesetzte Zahl der Ärzte ist baldigst zu erhöhen.

9. Bei der Besetzung leitender Stellen soll nicht das Dienstalter, sondern in erster Linie die wissenschaftliche, praktische und persönliche Befähigung des Bewerbers ausschlaggebend sein.

Aussprache: a) *Röper*-Hamburg: Wer zielgebend sein will, muß vor allem bestrebt sein, einen Zerfall der Nervenärzte in solche, die Komplexe und solche, die Reflexe prüfen, zu verhindern. Der Nervenarzt muß ohne jeglichen Zusatz einheitlich sein; die Gefahr des Auseinandergehens wäre nicht so evident geworden, wenn die psychiatrische Vorbildung allgemein obligatorisch gewesen wäre. Die Möglichkeit, gleichzeitig Facharzt für innere Medizin und Nervenheilkunde zu sein, muß verhindert werden. *Röper* stellt folgende These auf: Die Ausbildung des Nervenarztes dauert 4 Jahre. Ist sie vorwiegend neurologisch, so muß 1 Jahr klinischer Psychiatrie, ist sie vorwiegend psychiatrisch, so muß 1 Jahr klinischer Neurologie nachgewiesen werden. Nachbardisziplinen können auf die 3 Jahre sinngemäß angerechnet werden. Diese These ist von der Gesellschaft der Neurologen und Psychiater Groß-Hamburgs angenommen. Die Notwendigkeit psychiatrischer Vorbildung wurde noch von Prof. *Nonne* unterstrichen. Dieser, das sei mitgeteilt, hielt 3 Jahre Ausbildung im ganzen für ausreichend. Prof. *O. Foerster* hielt der These zustimmend 4 Jahre für das Mindeste. Die Schwierigkeit, geeignete klinisch-neurologische Abteilungen nachzuweisen, wurde von Förster hervorgehoben und bedauert. Weiter hat der wirtschaftliche Ausschuß deutscher Nervenärzte der These zugestimmt.

b) *Rüdin*-Basel.

c) *Schmitt*-Lengerich: Nach Dank an den Herrn Referenten im Namen der beamteten Psychiater wird hingewiesen auf die weitere Entwicklung der Nachwuchsverhältnisse an Hand der zu erwartenden Approbationen und Krankenzahlen. Es wird nachgewiesen, daß die Zunahme der Approbationen in Zukunft eine nur wenige Jahre dauernde Erscheinung sein wird. Die Errichtung von Sonderabteilungen an Krankenhäusern unter Leitung von Fachärzten mit psychiatrisch-neurologischer Vorbildung wird begrüßt und eine Pressepropaganda vorgeschlagen. Der Austausch der Ärzte zwischen Klinik und Anstalt ist erwünscht, aber nicht das Hineinströmen von Klinikern in leitende Stellen, da die Ausrüstung mit klinischer und wissenschaftlicher Erfahrung allein nicht genügt.

d) *König*-Bonn: Zu der Ausbildung des Nachwuchses gehört unbedingt eine psychotherapeutische Unterweisung, ohne die ein praktisch tätiger Nervenarzt, der eine große Zahl von Neurosen zu sehen bekommt, in Zukunft gar nicht möglich ist. Wie diese Ausbildung geschehen könnte, kann hier nicht erörtert werden. Der Beginn hätte schon während der Studienzeit zu erfolgen, damit der Mediziner psychologische Grundlagen bekommt, die es ihm ermöglichen, bei entsprechender Eignung und Neigung sich dann in dieser Richtung weiterzubilden.

e) *Schwabe*-Plauen: verweist zu Punkt 2 der Leitsätze auf die seit

Jahren bestehende psychiatrische Abteilung des Stadtkrankenhauses Plauen mit 60—70 (von insgesamt 500) Betten und über 700 Aufnahmen an Psychosen und Neurosen im Jahre und auf die Bedeutung der Erfassung der psychiatrischen Grenzfälle durch solche Abteilungen, die zugleich geeignet sind, Interesse für die Psychiatrie bei jüngeren Ärzten zu wecken und dadurch den Anstalten Nachwuchs zuzuführen.

f) *Groß*-Wiesloch: weist darauf hin, daß früher schon einmal in umgekehrter Richtung wie jetzt, die Kliniker sich dagegen gewandt haben, daß Anstaltsdirektoren ordentliche Professuren erhielten. Bei der Ernennung von Universitätsdozenten zu Anstaltsdirektoren besteht die Gefahr, daß ihr Interesse ausschließlich auf wissenschaftlichem Gebiet liegt, wodurch die praktische Leitung der Anstalt in die Hände des Verwalters käme, und die Gefahr des Verwaltungsdirektors nahegerückt erschiene.

Für die Berufsfreudigkeit der Anstaltsärzte wäre es wesentlich, daß die Herren besondere Arbeitszimmer oder wenigstens eigene Arbeitstische bekämen und nicht weiterhin gezwungen wären, zusammen an einem großen Konferenztisch zu arbeiten.

Die Stellung von Schreibhilfen zur Entlastung der Anstaltsärzte von mechanischen Arbeiten ist notwendig, es muß aber auch davon Gebrauch gemacht werden. Wenn der Direktor von diesen modernen Hilfsmitteln den erforderlichen Gebrauch macht, so bleibt ihm genügend Zeit, sich der wissenschaftlichen Weiterbildung der Ärzte zu widmen.

g) *Bonhoeffer* möchte feststellen, daß auf Seiten der Universitäten keinerlei Gegnerschaft gegen das Hereinkommen von Anstaltsärzten in die klinisch-akademische Laufbahn besteht. Er verweist auf *Krafft-Ebing*, *Cramer*, *Bleuler* u. a., die aus der Anstaltslaufbahn gekommen sind. Daß in neuerer Zeit derartige Berufungen nicht vorgekommen sind, liegt nicht an der Universität.

h) *Emanuel*-Berlin.

i) *Gaupp*-Tübingen: betont, daß die Zahl der jungen Ärzte, die zur Psychiatrie drängen, nicht klein ist; die Kliniken haben meist eine große Zahl von Bewerbern trotz oft schlechter Bezahlung. Die geringe Befriedigung der psychiatrischen Praxis, das große Interesse für die psychiatrische Wissenschaft erklären diesen Sachverhalt in der Hauptsache. In dieser Bemerkung liegt keine Geringschätzung der großen praktischen Erfolge der modernen Anstaltsbehandlung.

k) *Maier*-Zürich: erklärt, daß nach seiner Erfahrung die Differenzierung zwischen Nervenärzten psychiatrischer und organisch-neurologischer Richtung bestehen bleiben werde und auch in gewissem Sinne berechtigt sei. Die psychiatrischen Aufgaben der in der Praxis stehenden Fachärzte sind in manchen Richtungen schwieriger als die der Anstaltärzte; *Maier* meint, daß hierfür die von dem Vortr. vorgeschlagene zweijährige Ausbildung in Psychiatrie viel zu kurz sei; nach seiner Erfahrung sei das Doppelte hierfür nötig. Selbstverständlich soll auch, was wieder der Ansicht des Vortragenden entspricht, das Interesse für Psychotherapie und Neurosen in den Anstalten gepflegt werden. Nach seiner Erfahrung wäre das durch Schaffung von Polikliniken an den Anstalten viel eher zu erreichen als durch die Schaffung neurologischer Abteilungen.

l) *Simon*-Gütersloh.

m) *Hörmann*-Dresden: Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auf die Heilpädagogik richten. Auf einem Kongreß für Heilpädagogik in Leipzig wurde kürzlich von namhafter Seite gesagt, der Psychiater sei für die Heilpädagogik nicht besonders geeignet. Dieser falschen Auffassung muß vom Verein entgegengetreten werden, um so mehr als jetzt die Heilpädagogik stärker ausgebaut wird, und besondere „Heilpädagogen" ausgebildet werden sollen.

n) *Weygandt*-Hamburg: Grundlage einer befriedigenden Laufbahn bleibt immer materielle Sicherstellung. Eine kleine Hebung würde es bedeuten, wenn die Gutachten angemessen bezahlt würden; die Hamburger Gebührenordnung ist den übrigen deutschen weit voraus mit den Höchstsätzen 100 M. für das Gutachten, 50 M. für Studium umfangreicher Akten, 30 M. für Untersuchung.

Bedeutsamer ist aber wohl die ideelle Seite des psychiatrischen Berufs. Hierher gehört eine entsprechende Auslese und Ausbildung. Wertvoll wäre für alle Mediziner, wenn sie in Psychologie ausgebildet würden, die einmal Prüfungsfach im Physikum werden sollte. Bedeutsam sind psychiatrische Fortbildungskurse, die im Turnus obligatorisch besucht werden sollten. Selbstverständlich ist es auch zu empfehlen, daß Irrenärzte gelegentlich Fortbildungskurse in anderen medizinischen Fächern nehmen.

Daß die Nervenstationen größerer Krankenhäuser von psychiatrisch gar nicht ausgebildeten Ärzten, die nie in einer Irrenanstalt wirkten, geleitet werden, ist nicht mehr zeitgemäß; durch jenen Mangel erklärt sich der bedauerliche Übelstand, daß in manchen Nervenabteilungen die oft recht zahlreich aufgenommenen Geisteskranken heute noch mit Isolierung und Fesselung behandelt werden.

Durchaus ratsam ist es, daß beamtete Irrenärzte vorher das Physikatsexamen ablegen, wie es seit vielen Jahren in Bayern üblich ist. Ebenso wäre es angemessen, wenn in sämtlichen Ländern sämtliche Physikatskandidaten vorerst eine gründliche psychiatrische Ausbildung durchmachen, mit mindestens ½ Jahr vollständigen Assistenzarztdienstes.

Die vielfach empfohlene Ärzteziffer von 1 auf 100 Kranke ist nur zu verstehen bei einem jährlichen Bestandswechsel von 25%. In großen Aufnahmeanstalten mit einem Bestandswechsel von über 100% reicht jene Proportion durchaus nicht aus.

Zur Belebung der gesamten irrenärztlichen Tätigkeit, zur besseren Ausnützung der Anstalten, zur Psychohygiene und zum Abbau des vom Volk allgemein den Anstalten noch entgegengebrachten Odiums ist es dringend anzuraten, offene Nervenstationen zu errichten, wie sie sich in Hamburg ausgezeichnet bewährt haben, ferner Abteilungen für Psychopathen und für jugendliche Schwachsinnige. Außerdem sollten gerade an den Landesanstalten auch Polikliniken, vorzugsweise für Nervenkranke, errichtet werden, die einem Bedürfnis der Bevölkerung entsprechen und auf den ärztlichen Dienst außerordentlich anregend wirken.

o) *Bumke*-München tritt den Ausführungen von Herrn *Simon* entgegen. Assistenten der psychiatrischen Kliniken würden oft gern zur Anstalt übertreten, wenn ihnen ihre Dienstjahre angerechnet würden.

Eichelberg (Schlußwort): Wenn ich in meinem Bericht auf die

Psychotherapie nicht näher eingegangen bin, so hängt das damit zusammen, daß ich der Ansicht bin, daß die Psychotherapie ein Teil der Psychiatrie ist, und jeder, der genügend griechische Vorbildung hat, um das Wort Psychiater zu übersetzen, wird mir nach dieser Richtung wohl beistimmen. Auch ich bin der Ansicht, daß der „Facharzt für innere und Nervenkrankheiten" unter allen Umständen verschwinden muß. Wir haben nur einen Facharzt für Nervenkrankheiten oder Nervenarzt. Was die Ausbildungszeit angeht, so glaube ich, daß man es zunächst einmal bei 3 Jahren lassen soll. Ich habe deswegen in den Leitsätzen eine bestimmte Anzahl von Jahren für die Ausbildung nicht aufgeführt, weil ich glaube, daß man nach dieser Richtung erst einmal an den Bremer Richtlinien festhalten soll. Auf die weiteren Ausführungen, die in der Debatte gemacht sind, brauche ich wohl nicht näher einzugehen, da ja bestimmte Gegenvorschläge gegen meine Richtlinien nicht gemacht sind.

Die Leitsätze des Referenten wurden hierauf von der Versammlung fast einstimmig angenommen.

2. *Weygandt*-Hamburg: Bericht über den Verband für psychische Hygiene.

Der Vorstand hat mir freundlichst das Wort erteilt zu einem Bericht über den Verband für psychische Hygiene, dessen Vorsitzender Professor *Sommer*-Gießen durch gesundheitliche Rücksichten leider am Erscheinen verhindert ist.

Zunächst möchte ich ein Wort zur Vermeidung von Mißverständnissen vorausschicken. Es soll hier nicht vollständiges Neuland bearbeitet werden, sondern es handelt sich um eine neuartige Organisation aus Zweckmäßigkeitsgründen. Der Deutsche Verein für Psychiatrie hat sich in seinen Verhandlungen ja schon seit geraumer Zeit vielfach in psychohygienischer Richtung betätigt, und die deutsche Psychiatrie als Ganzes hat bereits eine größere Reihe von psychohygienischen Einrichtungen getroffen als vielleicht irgendein anderer Kulturstaat. Aber unser Verein fußt im wesentlichen auf der theoretischen Forschung, deren wichtigste Zentren die Kliniken sind, und auf der psychiatrischen Wirksamkeit in Form der organisierten Anstaltsfürsorge. Um nun nach allen Wirkungsmöglichkeiten hin Anschluß zu gewinnen und allen erdenklichen Instanzen auch nichtärztlicher Art, die mit den Objekten der Psychopathologie in weitestem Umfang in Fühlung treten, eine Gelegenheit zur Zusammenarbeit zu schaffen, ist der Verband für psychische Hygiene als Mantelorganisation gedacht und erstanden. Es gehören ihm daher auch schon zahlreiche Vereinigungen an, die nicht rein psychiatrisch bzw. medizinisch sind, so die Hilfsvereine für entlassene Geisteskranke, der Reichsverband der beamteten deutschen Irrenärzte, die Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin, der Verein zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen, der Deutsche Verein gegen den Alkoholismus, die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die Vereinigung deutscher Kommunal-Schul- u. Fürsorgeärzte, die Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene, das Deutsche Rote Kreuz, das deutsche Hygienemuseum in Dresden und die verwandten psychiatrischen u. psychohygienischen Organisationen in Österreich.

Weiterhin sind aber auch bereits namhafte behördliche Instanzen

in ihm vertreten, die zum Teil auch durch ansehnliche Beiträge seine Bestrebungen unterstützt haben, so das Reichsministerium des Innern, das durch Oberregierungsrat Dr. med. *Wiedel*, und das Reichsgesundheitsamt, das durch Oberregierungsrat Dr. *Bogusat* vertreten wird. Hierzu kommen die Vertreter der Länderregierungen und das Auswärtige Amt, das dem Verband eine Beihilfe für seine Beteiligung am 1. Internationalen Kongreß für geistige Hygiene gewährt hat.

Gerade diese Instanzen, aber auch die Kommunalverbände gelangen immer mehr zur Einsicht, daß es zweckmäßiger und auch ökonomisch richtiger ist, psychischen Mängeln vorzubeugen, als lediglich die voll entwickelten Fälle psychischer Störung fürsorglich unterzubringen.

Die bedeutendste Stütze der Bestrebungen bleibt der deutsche Verein für Psychiatrie und die Gesamtheit der deutschen Anstalten und ihre Ärzte. Wenn auch zur Heranziehung der verschiedenartigen Interessenten die Verbandsform technisch am günstigsten schien, soll doch stets engster Anschluß an den Deutschen Verein gewahrt bleiben, und es ist zu hoffen, daß auch die Zusammenkünfte des Verbandes in Verbindung mit denen des Vereins stattfinden. Gerade die Bestrebungen der Anstalten, die in mächtigem Aufschwung befindliche offene Fürsorge auszubauen, sind ein Kernstück der psychischen Hygiene. Hoffentlich werden auch die Kliniken unsere Bestrebungen unterstützen, insbesondere wäre es wertvoll, wenn jeweils jüngere Dozenten die Aufgaben der psychischen Hygiene in Vorlesungen, möglichst publice für alle Fakultäten, behandeln würden.

Professor *Sommer* hat geraume Zeit mit großem Aufwand von Eifer, Mühe und Opfern die Verbindung mit der von Nordamerika aus durch Clifford W. Beers angeregten Bewegung für psychische Hygiene bearbeitet. Er wurde während der letzten Jahre darin unterstützt durch den Vortragenden als Vertreter des Deutschen Vereins für Psychiatrie, durch Obermedizinalrat Dr. *Römer* als Geschäftsführer und die Direktoren *Simon* und *Kolb*.

Bei einer Zusammenkunft in Paris 1927 wurde ein europäischer Ausschuß gegründet, dem Prof. *Sommer* angehört.

Gegen Ende 1928 hielt der erweiterte Vorstand des deutschen Verbandes 2 Sitzungen in Berlin ab, deren eine im Reichsministerium des Innern in Verbindung mit mehreren Vertretern dieser Behörde stattfand.

Hinsichtlich eines Organs ist es gelungen, durch das Entgegenkommen von Geheimrat *Ilberg* und den Verlag de Gruyter eine Veröffentlichungsmöglichkeit im Anschluß an die altbewährte Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie zu finden. Außerdem hat Prof. *Sommer* noch eine andere Veröffentlichung in Verbindung mit dem neuen Organ für Psychotherapie geschaffen.

Es wird nun gebeten, daß von der korperativen Mitgliedschaft möglichst ausgiebig und allseitig Gebrauch gemacht werde, indem die Anstalten und auch die mannigfachen lokalen Vereinigungen Mitglieder des Verbandes werden, gegen den bescheidenen Jahresbeitrag von 20 M.

Neben dem Vorstand wird ein Ausschuß eingerichtet werden, der Vertreter der wichtigsten Behörden und der größeren Verbände umfaßt, die Arbeiten des Verbandes überwacht und Entlastung erteilt.

Für dieses Jahr ist geplant, eine Übersicht über die Aufgaben und das Schaffen auf dem Gesamtgebiet der psychischen Hygiene auf einer Zu-

sammenkunft zu geben, die sich zweckmäßig mit der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte 16. bis 22. September in Hamburg verbinden läßt. Da der Verein für Psychiatrie jetzt im Frühjahr und die Gesellschaft Deutscher Nervenärzte in der Vorwoche der Naturforscherversammlung 13. bis 15. September tagt, wird die übliche Sektion für Psychiatrie und Neurologie auf der Naturforscherversammlung am 19. und 20. September Zeit und Gelegenheit für die erste Tagung des Verbandes für psychische Hygiene geben. Neben einem Überblick über das gesamte Arbeitsprogramm sollen zusammenfassende Berichte über die wichtigsten Sonderaufgaben erstattet werden: so über die öffentliche psychiatrische Fürsorge geschlossener und offener Art, einschl. der Fürsorge für Schwachsinnige, Psychopathen, sittlich Gefährdete, Trinker, Kriminelle; ferner über individuelle und soziale Psychohygiene und Prophylaxe im engeren Sinne und schließlich über Verbreitung psychohygienischen Wissens, also Aufklärung der Öffentlichkeit und Ausbildung aller mit psychischer Hygiene beruflich in Fühlung stehenden Personenkreise.

Anfang April 1929 oder 1930 ist ein internationaler Kongreß für psychische Hygiene in Washington geplant, der voraussichtlich auch von einer Reihe deutscher Mitglieder besucht werden wird.

Mit Dank für das Entgegenkommen des Vorstandes fasse ich zusammen: Der Verband will keine Sonderstellung und nichts weniger als etwa eine Konkurrenz für unseren Deutschen Verein sein, sondern eine zweckmäßige Gruppierung zur Mobilisierung und Gemeinschaftsarbeit aller an der Bekämpfung psychischer Mängel interessierten Instanzen, in Fühlung mit den entsprechenden Verbänden der internationalen Organisation. Die Hauptstütze sind die Psychiater selbst. An sie richtet sich daher ganz besonders der Apell, daß sie mitwirken und die von ihnen vertretenen Anstalten korporativ beitreten lassen, im Interesse der hohen Kulturaufgabe, die der deutschen Psychiatrie obliegt.

3. *Bostroem*-München: Über prognostisch günstige Frühformen der Paralyse.

Spielmeyer hat an einigen für die Untersuchung günstig gelagerten Fällen gezeigt, daß gelegentlich ein paralytischer Entzündungsprozeß bereits voll entwickelt sein kann, ohne daß in vivo klare psychische und neurologische Symptome vorgelegen hätten. Es folgert daraus, daß bei der Paralyse die entzündlichen Infiltrationen kein Gradmesser für die Schwere der Läsion sein können. Es gibt vielmehr psychiatrisch nicht diagnostizierbare Fälle von Paralyse, in denen anatomisch bereits der paralytische Entzündungsprozeß im Gange ist; dem Ausbruch der Paralyse können diese intensiven entzündlichen Veränderungen, wie *Spielmeyer* meint, lange vorausgehen. Einen entsprechenden Fall hat auch *Nonne* 1914 beschrieben. Aus diesen Beobachtungen müssen wir schließen, daß den Symptomen, die die Kranken auffällig machen, wohl schon recht erhebliche und zwar wohl auch degenerative Hirnveränderungen zugrundeliegen.

Nun ist aber bei der Natur der degenerativen paralytischen Veränderungen eine Heilung im eigentlichen Sinne nicht möglich, sondern es kann bestenfalls durch die Fiebertherapie ein Stillstand des Krankheitsprozesses erreicht werden. Wenn es nur solche Fälle gäbe, so wären die

doch auch bei kritischer Einstellung recht günstigen Besserungserfolge bei Paralyse kaum zu erklären, vor allem wären aber die vereinzelten wirklicher Heilung gleichkommenden Remissionen nicht verständlich.

In diesem Zusammenhang erscheint mir — namentlich mit Rücksicht auf die eben erwähnten *Spielmeyer*schen Untersuchungen — folgender Fall erwähnenswert. Es handelt sich um einen 42 jährigen Mann von ausgesprochen hypomanischem Temperament. Er erkrankte 1926 plötzlich mit einem ausgesprochen manischen Zustandsbild, das wegen der tabischen Erscheinungen zunächst als Paralyse gedeutet wurde (208/3 Zellen, Nonne +, WaR ab 0,2 ++++, Se. ++++, Kolloidreakt. Tabeskurve).

Dieser Kranke zeigte während der ganzen klinischen Beobachtung keine paralytischen Symptome, insbesondere keine Defekte, sondern bot ein rein manisches Bild, das sich durch eine absolut unparalytische Regsamkeit, Initiative und Schlagfertigkeit auszeichnete. Die neurologischen Symptome kommen hier diagnostisch für eine Paralyse nicht in Betracht, da der Kranke seit längerer Zeit schon eine Tabes hatte. Es wurde daher auch an eine Kombination von Manie + Tabes gedacht. Der Mann konnte nach 6 Monaten ohne Malariabehandlung als psychisch geheilt mit seinen tabischen Symptomen entlassen werden. Ich habe ihn dann mehrfach gesehen; er arbeitete ordentlich und war sicher nicht paralytisch. Nach 4—5 Monaten kam er mit einer schweren Depression wieder herein. Die Liquorkurve war nunmehr paralytisch. Der Kranke starb nach kurzer Zeit an einer Pneumonie, also rein interkurrent. Bei der Sektion fand sich keine Eisenreaktion, aber bei der histologischen Untersuchung ergaben sich Infiltrationen vom Charakter der Paralyse in einem ganz frischen Stadium (*Neubürger*). Angesichts der *Spielmeyer*schen Untersuchungen wird man nicht annehmen dürfen, daß die schweren psychischen Erscheinungen, die manischen bzw. depressiven Symptome, ohne weiteres und direkt auf die minimalen Veränderungen zurückgeführt werden können, aber ein anderer Zusammenhang ist denkbar: der Kranke gehörte dem zirkulären Formenkreis an. Manische oder depressive Erkrankungen waren bis dahin noch nicht vorhanden gewesen, und so liegt die Annahme nahe, daß an dem Ausbruch der manischen Erkrankung vielleicht der körperliche biologische Reiz, den die beginnenden Infiltrationen im Gehirn gesetzt haben, mitgewirkt hat. Diese Psychose wäre nach meiner Meinung sicher nicht zu dieser Zeit, vielleicht sogar überhaupt nie ausgebrochen, wenn nicht die beginnenden paralytischen Veränderungen sich entwickelt hätten. Andererseits hätte aber auch die minimale Gehirnveränderung ohne die manisch-depressive Bereitschaft noch nicht zu einer Psychose geführt.

Der Patient ist also schon in einem Stadium psychisch krank geworden, in dem die Paralyse allein in der Regel noch keine psychischen Auffälligkeiten hervorruft. Wir hätten also hier Gelegenheit gehabt, sehr frühzeitig eine Fieberbehandlung vorzunehmen. Das ist nicht geschehen, weil der Kranke nicht als Paralyse angesehen worden war. Die Unterlassung der Malariabehandlung war aber hier nach dem, was ich an diesem Falle gelernt habe, ein Fehler. Ich verfüge über eine Reihe von anderen Fällen, die mir diese meine Auffassung zu bestätigen scheinen. Auch hier handelt es sich um Paralysen im Infiltrationsstadium mit ausgelösten endogenen Schwankungen, die nach Malariabehandlung defektlos abheilten.

Es leuchtet ohne weiteres ein, daß in solchen Fällen trotz starker psychotischer Erscheinungen die Prognose sehr gut sein kann, weil es sich nicht um die Symptome einer paralytischen Hirnveränderung, sondern um die Erscheinungen einer durch den leichten Hirnprozeß freigemachten gutartigen endogenen Psychose handelt; und wenn es überhaupt eine Heilwirkung der Malariabehandlung gibt, so ist sie am ehesten im Beginn des Prozesses zu erwarten, zumal in einem Zeitpunkt, in dem sich dieser Prozeß vorzugsweise oder ausschließlich in entzündlichen Erscheinungen äußert. Denn wir wissen wieder von *Spielmeyer*, daß gerade der entzündliche Prozeß sich sehr wohl zurückbilden kann. Sind aber bei einem solchen Fall die entzündlichen Infiltrationen durch die Fieberbehandlung beseitigt, so ist die Paralyse auch anatomisch geheilt, und zwar streng genommen, bevor sie Symptome, besonders bevor sie Defektsymptome hat machen können, denn die ausgelöste Manie bzw. Depression war ja nur ein unspezifischer Indikator für ein Krankheitsgeschehen im Gehirn; daß dieser Indikator aber dank der manisch-depressiven Veranlagung so leicht und so früh anspricht, bedeutet für die Behandlung eine besonders günstige Situation, weil es wohl sonst fast nie, außer durch einen glücklichen Zufall (frühzeitig auftretende Anfälle) gelingt, so früh eine Paralyse zu erkennen und damit der Behandlung zuzuführen. Daß diese Meinung richtig ist, läßt sich auch an Fällen aus der Literatur belegen. So ist es interessant, daß sich unter den geheilten Paralytikern besonders solche befinden, die manieähnliche Bilder geboten haben (vgl. *Gerstmann*, *Benedek*, *Fleck* u. a.).

In entsprechend modifizierter Weise findet man ähnliche Vorgänge auch bei der anderen endogenen Psychose, bei der Schizophrenie. Wir haben einige Fälle von frischen, schizophren aussehenden Paralysen, bei denen nach der Fieberbehandlung die paralytische Erkrankung klinisch (und wahrscheinlich auch anatomisch) verschwand, die Reaktionen sich besserten, und nur die Schizophrenie übrig blieb. Für die Prognose ist diese Zusammenstellung natürlich nicht so günstig wie bei der vorigen Gruppe, weil es sich bei der ausgelösten endogenen Erkrankung ja nicht um eine ausgleichbare Phase handelt, sondern um einen Prozeß, der von sich aus ebenfalls zum Defekt neigt.

Praktisch wichtiger sind für uns daher die Fälle, bei denen eine bereitliegende manische oder depressive Phase ausgelöst wird.

Ich glaube, daß diese Beobachtungen geeignet sind, uns die ja allerdings seltenen Fälle wirklicher, d. h. defektloser Paralyseheilung zu erklären, ohne daß wir dabei mit unseren anatomischen Anschauungen vom Wesen dieser Erkrankung in Konflikt kommen. Durch die Verwertung dieser Auffassung könnte zur Indikation und Prognosenstellung bei der Paralysebehandlung etwas beigetragen werden, und schließlich scheint mir der Umstand, daß eine organische Hirnschädigung endogen bereitliegende Psychosen auslösen kann, grundsätzlich interessant zu sein.

Aussprache: a) *Emanuel*-Berlin.

b) *Kafka*-Hamburg: Im Hinblick darauf, daß in dem vom Herrn Vortr. geschilderten Fall in der ersten manischen Attacke der Liquorbefund und vor allem die Kolloidkurve für die Diagnose Tabes und Manie mitverwendet wurde, möchte *Kafka* betonen, daß die Mastixkurve in solchem Falle nur mit Vorsicht zur Diagnose herangezogen werden darf,

da nach den bisherigen Methoden die Unterscheidung zwischen Tabes und atypischer Paralyse schwierig ist. Essentiell für die Paralyse ist eigentlich nur: hoher Globulingehalt bei fast normalem Albumingehalt, daher ein hoher Eiweißquotient das Globulin wahrscheinlich auch qualitativ differenziert und eine bei der niedrigsten Liquormenge stark positive und durch Inaktivera nicht abschwächbare WaR.

Herrn *Emanuel* ist betreffs der liquorologischen Frühdiagnose der Paralyse beizupflichten, aber mit Vorsicht, da durch verschiedene Kombinationen das Liquorbild der Paralyse vorgetäuscht werden kann, wo dann nur die Eiweißrelation den Ausschlag gibt.

c) *Schilder*-Wien: Macht darauf aufmerksam, daß die manischen und depressiven Zustandsbilder bei der Paralyse nicht immer ausgelöste Zustandsbilder des manisch-depressiven Irreseins sein müssen. Besonders nach der Malaria-Behandlung sieht man nicht allzu selten depressive Zustandsbilder, welche offenbar mit dem abgeänderten Prozeß der Paralyse in Zusammenhang stehen. Ähnliche Erwägungen gelten von den schizophrenieähnlichen Bildern, welche ja nach der Malaria-Behandlung relativ häufig beobachtet werden. Man muß also neben der von *Bostroem* dargestellten Möglichkeit der Auslösung solcher Psychosen auch die Möglichkeit berücksichtigen, daß der paralytische Prozeß als solcher die Bedingung für ein manisch-depressives oder schizophrenes Zustandsbild schafft.

d) *Rüdin*-Basel.

e) *Wilmanns*-Heidelberg.

f) *Kauders*-Wien: Den Ausführungen des Herrn Vortr. bezüglich Indikationsstellung der Malariatherapie in seinem oder in ähnlichen Fällen ist nach den Erfahrungen der Wiener Klinik beizustimmen. Immer mehr wird ja eine Hauptaufgabe der Malariatherapie nicht nur in der Behandlung der Paralyse selbst, sondern auch der liquorpositiven Sekundärlues erblickt. Von besonderem Interesse sind hier jene Fälle, die zwar in allen oder in den meisten serologischen Reaktionen für Paralyse sprechende Befunde aufweisen. bei denen aber vom psychiatrischen Standpunkt die Diagnose einer Paralyse nicht so sicher oder noch nicht zu stellen ist. Wir fassen sie unter der Bezeichnung Paralysis imminens zusammen. Die Malaria-Behandlung kann in Bildern akuter Psychose, die nicht mit Sicherheit als der Paralyse zugehörig aufgefaßt werden können, sondern vielleicht endogene Psychosen darstellen, nicht nur von therapeutischer, sondern auch von diagnostischer Bedeutung sein. Stellt sich nach der Malariatherapie innerhalb eines gewissen Zeitraums Remission ein, so ist im Nachhinein noch die Diagnose einer Paralyse eher wahrscheinlich. Bleibt die Psychose auch nach der Malaria völlig ungeändert, so ist die Diagnose einer endogenen Psychose wahrscheinlicher.

g) *Bumke*-München: hat im Gegensatz zu Herrn *Wilmanns* den Eindruck gewonnen, daß annähernd rein manische Zustände bei Paralytikern eine manisch-depressive Veranlagung voraussetzen.

h) *Neisser*-Bunzlau.

i) *Laegel*-Arnsdorf: Die von Herrn *Bostroem* angeschnittene Frage, daß bei der Paralyse Zustandsbilder endogener Geisteskrankheiten hervortreten können, ist erklärlich, wenn man der Erklärung der endogenen Psychosen den psychologischen Ablaufsmechanismus zugrunde legt, Gedanken, wie ich sie vor kurzem in der Allg. Zeitschrift für Psychiatrie

veröffentlicht habe. Dieser im schizoiden oder im zyklothymen Sinne vorher bestehende Ablaufsmechanismus kann außer durch innersekretorische Vorgänge durch exogene Erkrankung — wie Paralyse, Alkohol usw. bis ins Krankhafte ausgelöst und gesteigert werden.

Schlußwort *Bostroem*: Auch ich bin mit Herrn *Emanuel* überzeugt, daß man in dem in Rede stehenden Stadium die Paralyse serologisch diagnostizieren kann. Das kommt aber praktisch nicht in Betracht, da die Kranken, ohne psychisch auffällig geworden zu sein, in den seltensten Fällen untersucht werden .— Herrn *Kafka* erwidere ich, daß bei der Diagnose Tabes + Manie weniger die Kolloidkurve als der klinische Befund maßgebend gewesen ist. — Bei der Präparalyse *Kraepelins*, auf die Herr *Rüdin* aufmerksam machte, handelt es sich um unbestimmte, sogen. nervöse Vorläufererscheinungen der Paralyse, die gewiß schon mit dem paralytischen Prozeß zusammenhängen, aber es sind andere, sehr viel unbestimmtere und leichtere Erscheinungen als die von mir gemeinten akuten manifesten Psychosen. — Herrn *Wilmanns* gegenüber möchte ich an der diagnostischen wie an der genetischen Auffassung meiner Fälle festhalten. Der Beweis für meine Ausführungen liegt einmal in den anatomischen Beobachtungen von *Spielmeyer*, an denen der Kliniker unmöglich vorbeigehen darf, und dann im Zusammenhang damit in der therapeutischen Beeinflußbarkeit, die gerade diesen, und offenbar nur diesen Fällen von Paralyse zukommt. Erwähnen will ich noch, daß unter meinem hier nicht näher beschriebenen Material sich auch ein Fall befand, der sicher schon vor der Paralyse manisch-depressive Phasen durchgemacht hat.

4. *Kihn*-Erlangen: Über die halluzinatorisch-paranoiden Zustände bei Paralyse im Gefolge der Infektionstherapie. (Erscheint in der psychiatrisch-neurolog. Wochenschrift.)

Aussprache: *Zucker*-Greifswald: Ein Fall mit beginnender Paralyse aus der Greifswalder Klinik bekam bei der ersten Malaria-Zacke ein akut einsetzendes delirant paranoides Zustandsbild, welches jedoch ganz allmählich im Laufe von 6—8 Wochen restlos zurückging.

5. *Schilder*-Wien: Über Psychosen bei kortikaler Enzephalitis. In zwei akuten Psychosen wurden sensorisch-aphasische Symptome als Zeichen kortikaler Läsion beobachtet. Daneben bestanden Anzeichen subkortikaler Läsion (Gleichgewichtsstörungen, in einem Falle Nystagmus). In einem Falle war die Ätiologie unbekannt, in einem anderen ging eine Angina voraus. In einem dritten Falle löste ein *Quincke*sches Ödem der Meningen, das mit einer starken Zellvermehrung im Liquor einherging, eine schizophrene Halluzinose aus. Im Anfangsbild bezeugten motorisch-aplasische und apraktische Störungen die Schädigung der Hirnrinde. In den beiden ersten Fällen war ein delirantes Bild von einem halluzinoseartigen gefolgt. Die Auffassungsstörungen waren relativ geringer. Individuelle Erlebnisse waren für die Gestaltung der Psychosen wirksam, in welchen die grausamen Motive überwogen. Diese Bilder sind von den Psychosen bei akuter und chronischer Encephalitis epidemica trotz gewisser Verwandtschaften ebenso abzutrennen wie von den halluzinatorischen Paralysen nach Malaria-Behandlung. Es handelt sich um exogene Re-

aktionstypen, welche durch die in den kortikalen Symptomen ausgedrückte Hirnschädigung ihre besondere Färbung erhalten.

Aussprache: *Stertz.*

6. *Ewald*-Erlangen: Beobachtungen und Gedanken zum Halluzinationsproblem.

4 Fälle von kurzdauernden optisch-halluzinatorischen Delirien bei Hirnstammerkrankung (2 visionäre delirante Zustände bei enzephalitischem Parkinsonismus, ein visionäres Delir bei infektiöser Umdämmerung mit passagerem amyostatischem Symptomenkomplex, ein ebensolches Delir bei Hypophysentumor) werden auf ihre Erklärungsmöglichkeit mittels der Reiztheorie und der *Bleuler*schen Schaltschwächentheorie geprüft. Die Reiztheorie befriedigt ebenfalls bei dem (Bewußtseinsklaren) Hypophysentumor, die Schalttheorie vermag dagegen die mit stärkerer Bewußtseinstrübung einhergehenden 3 anderen Fälle besser zu erklären. Bei Annahme des Zusammenwirkens von Reiz und Schaltschwäche bleibt aber die rein optische Natur der Halluzinationen immer noch ungeklärt. Man muß wohl zur Erklärung des Überwiegens der optischen Halluzinationen im Delir (und Traum) annehmen, daß ein besonders enger biologischer Funktionszusammenhang zwischen Hirnstamm und optischer Rinde existiert, der phylogenetisch in der Tatsache eine Stütze finden könnte, daß unsere Vorfahren überwiegend Sehtiere waren (*Edinger*), anatomisch in der Einheitlichkeit und Geschlossenheit der Sehstrahlung bei allen Säugern (*Brodmann*), entwicklungsgeschichtlich in dem optisch-eidetischen Aufbau der Wahrnehmungswelt in frühester Jugend (*Jaensch*). Es handelt sich also bei den deliranten Visionen weniger um eine Schaltschwäche (*Bleuler*), sondern mehr um eine Ausschaltung oder Herabschaltung der höchsten, stammesgeschichtlich jungen Cortexgebiete, bei Erregt- oder Übererregtbleiben des archaischen Funktionszusammenhanges von Sehrinde und Hirnstamm. Konstitutionelle, konstellative und vielleicht auch spezifisch toxische Einflüsse mögen im Einzelfall die Bilder besonders färben, der erwähnte biologisch-physiologische Funktionszusammenhang zwischen Hirnstamm und Sehrinde dürfte dadurch nicht widerlegt werden können.

II. Referat:

a) Oberreichsanwalt Dr. *Ebermayer*-Leipzig: Das Opiumgesetz vom 30. Dezember 1920 und seine Auswirkungen.

Der Vortr. ging zunächst kurz auf die Entstehung des Gesetzes ein und auf die internationale Opiumkonvention vom 23. Januar 1912, die zu der Erlassung des Gesetzes führte. Als den Grundgedanken des Gesetzes bezeichnete er: Freilassung und Sicherung von Opium und den übrigen im Gesetz bezeichneten Stoffen für medizinische Zwecke; im übrigen im Interesse der Volksgesundheit Ausschluß vom Verkehr. Eingehend auf die einzelnen Bestimmungen des Gesetzes hob der Vortr. insbesondere den in § 2 des Ges. bestimmten allgemeinen Erlaubniszwang hervor, von dem § 2 Abs. 4 nur eine Ausnahme für die Apotheken macht. In diesen dürfen die in Betracht kommenden Alkaloide ohne Erlaubnis abgegeben werden, aber nur „als Heilmittel“, d. h. zur Schmerzstillung

oder, wenn sie von Süchtigen bei nach medizinischen Grundsätzen durchzuführenden Entziehungskuren verabreicht werden sollen, nicht aber, wenn die Abgabe an eine Person erfolgt, die lediglich aus ihrer Sucht heraus das Mittel weiter genießt. Zur Stützung dieser von medizinischer Seite teilweise bestrittenen Einschränkung verwies der Vortr. u. a. auf das Urteil des RG. vom 5. Okt. 1926 (RGSt. 60 S. 368), in welchem zugleich eine andere Frage entschieden ist, nämlich die, ob eine Abgabe in Apotheken ohne weiteres dann gestattet ist, wenn sie auf Grund ärztlicher Verordnung geschieht, gleichgültig, ob die Abgabe „zu Heilzwecken" verschrieben wurde oder nicht. Mit dem reichsgerichtlichen Urteil vertrat der Vortr. den Standpunkt, daß auch auf Grund ärztlicher Verordnung in Apotheken die fraglichen Stoffe nur „zu Heilzwecken" abgegeben werden dürfen, und daß der Arzt, der die Abgabe zu anderen als zu Heilzwecken vorschreibt und der Apotheker, der, sei es auch auf Grund ärztlichen Rezepts, sie zu anderen als Heilzwecken abgibt, sich nach § 8 des Gesetzes strafbar machen. Neben den Erlaubniszwang tritt nach § 3 des Ges. die Bezugsscheinpflicht. Handel mit zubereitetem Rauchopium ist nach § 7 des Ges. schlechthin verboten. — Wie weit das Gesetz seinen Zweck erreicht hat, läßt sich schwer beurteilen, da die Zahl der Zuwiderhandlungen einerseits und der Verurteilungen andererseits statistisch nicht zu erfassen ist. Welche Ergänzungen des Gesetzes etwa wünschenswert sein könnten, glaubte der Vortr. der Beurteilung von medizinischer Seite überlassen zu sollen. Zum Schluß wies er darauf hin, daß der neue deutsche Strafgesetzentwurf dem Mißbrauch von Rauschgiften einen besonderen Abschnitt widmet. (Veröffentlichung erfolgte in dieser Zeitschrift, Band 89, S. 109 ff.)

b) Prof. Dr. med. *Sioli*-Düsseldorf: Das Opiumgesetz und seine Auswirkungen.

Im Anschluß an das Referat von Oberreichsanwalt *Ebermayer* stellt *Sioli* es als Aufgabe des medizinischen Referenten hin, auf die Klärung der Frage hinzuzielen, ob durch die Gesetzgebung und die Rechtsprechung (das Opiumgesetz, seine Ausführungsbestimmungen und das Reichsgerichtsurteil vom 5. 10. 1926) eine Lage geschaffen sei, die ärztlichem Denken entspricht und mit ärztlichem Handeln vereinbar ist. Wenn man die Rauschgiftseuche in ihrer neuen Verbreitung als eine soziale Krankheit und das Rauschgiftsüchtigwerden als ein Krankwerden betrachtet, so muß man das Vorhandensein eines Gesetzes mit der Bekämpfungstendenz der Rauschgiftsuchten als notwendig betrachten und seine Durchführung anerkennen und unterstützen. Das Gesetz als Ganzes und in allen seinen einzelnen Teilen hat großes ärztliches Interesse. Das ärztliche Interesse ist aber ein nur mittelbares, soweit es die Fragen des Bezugs von Opium usw. ohne Mitwirkung des Arztes betrifft. Von diesen Punkten wird die wichtige Lücke der Ausführungsbestimmungen des Opiumgesetzes erwähnt, daß tierärztliche Rezepte nicht den gleichen Aufbewahrungsbestimmungen unterliegen wie die der Ärzte und Zahnärzte. Es wird weiterhin gewünscht, daß auch noch nicht genannte Rauschmittel dem Opiumgesetz unterstellt werden, insbesondere Eukodal, Dicodid und Dilaudid.

Die verschiedenen Arten der illegitimen Rauschgiftbeschaffung werden kurz gestreift, von den Kontrollentziehungen in Fabrikations- und

Großhandelsbetrieb an bis zu den gefälschten Rezepten. Der Bezug der Rauschgifte ohne ärztliches Rezept scheint ungefähr die Hälfte des Verbrauchs auszumachen. Die selbständige illegale Verabreichung der dem Opiumgesetz unterstellten Rauschmittel in den Apotheken scheint keine große Rolle mehr zu spielen.

Der legale Bezug des Morphiums für den Verbraucher geht über das ärztliche Rezept, aber nicht jedes ärztliche Rezept ist legal, sondern nur das als Heilmittel verordnete. Die von manchen Ärzten auch in der Literatur vertretene Ansicht, daß es überhaupt keine gesetzlichen Beschränkungen der ärztlichen Ordination geben könne und die Verordnungen ein Berufsrecht des Arztes seien, ist zurückzuweisen.

Aus dem Heilmittelbegriff nach der kaiserlichen Verordnung vom 22. 1. 1901 und aus der Rechtsprechung des Reichsgerichts muß ärztlich gefolgert werden, daß der Verordnung der Rauschgifte in ordnungsmäßigen Grenzen bei keiner schmerzhaften Krankheit Fesseln angelegt sind und für das eigentliche therapeutische Bedürfnis keine Einschränkung besteht. Nur bei den Süchtigen ist der ärztliche Gebrauch eingeschränkt und eine allmählich abnehmende Abgabe vorgeschrieben. Der Arzt kann also nur dann in Verlegenheit geraten, wenn er die Frage der Süchtigkeit nicht prüft und sich bei deren Behandlung nicht nach der allmählich abnehmenden Abgabe richtet.

Die praktische Anwendung für den Arzt heißt: *Wenn eine Krankheit die Indikation zur Anwendung der Rauschmittel gibt, so kann der Arzt sie in ordnungsmäßigen Grenzen verordnen, d. h. nach den Grundsätzen der ärztlichen Wissenschaft. Wenn dagegen als Krankheit nur Süchtigkeit vorliegt, so darf er die Mittel nicht regelmäßig fortgewähren.*

Nach Auffassung des Ref. muß das als Wegweiser für das ärztliche Handeln anerkannt werden und ist keine unerträgliche Zwangsjacke. Die Schwierigkeiten, die dem Arzt erwachsen, liegen in der Diagnosenstellung der Sucht und praktisch dabei nur bei der Frage der Entstehung der Sucht aus dem ärztlich indizierten Rauschmittelgebrauch heraus bei noch bestehender anderweitiger Erkrankung. Hier ist die Heranziehung einer sorgfältigen ärztlichen Denkbildung notwendig, die immer wieder zurückgeht auf die wahren ärztlichen Indikationen der Rauschmittel. Die Frage, *wann* Süchtigkeit vom Arzt berücksichtigt werden muß, ergibt sich praktisch aus dem Bedürfnis des Kranken nach Steigerung der Dosen, ohne daß dafür eine Verschlimmerung der Grundkrankheit vorliegt.

Wir sollten ärztlich freudig anerkennen, daß das Gesetz und die Rechtsprechung durch das Verbot der regelmäßigen Fortgewährung uns ein Unterstützungsmittel zur kausalen Behandlung der Süchtigen in die Hand gibt. Ein Recht des Morphinisten auf Morphium ist *durch seine Sucht* vom ärztlichen Standpunkt aus nicht begründet, sondern nur ein *Recht auf eine sachgemäße Entziehung.* Seit Jahrzehnten kämpfen wir wissenschaftlich dafür, daß die Behandlung der Rauschgiftsüchtigen in der Entziehung und nur immer wieder in der Entziehung bestehen muß und müssen diesen Standpunkt jetzt erst recht festhalten.

In der Literatur spielt die Frage des unheilbaren Morphinisten eine große Rolle. Ablehnung der Entziehungskur durch den Süchtigen ist keineswegs ein Beweis für die Unheilbarkeit, ebensowenig abgebrochene

Kuren oder der durch die Morphiumvergiftung entstandene elende Zustand. Anders liegt die Sache, wenn bei schwerer Erkrankung die Morphiumsucht nur eine sekundäre Rolle spielt, hierfür gibt das Reichsgerichtsurteil genügenden Spielraum, die gutachtliche Stellungnahme von *v. Scheurlen* erscheint viel zu weitherzig. Die Kur- und Heilunwilligkeit wird zu Unrecht oft mit der Unheilbarkeit verwechselt, und *E. Schultze* sagt mit Recht, daß die sogenannten unheilbaren Morphinisten nur ungeheilte sind.

Vom ärztlichen Standpunkt aus wäre eine gesetzliche Festlegung der Heilbehandlungsverpflichtung warm zu begrüßen. Zu einer wirksamen Bekämpfung der Rauschmittelsucht und zur Heilung der Rauschgiftsüchtigen kann das Opiumgesetz allein nicht ausreichen, es muß, wie auch *Ebermayer* schon betonte, und wofür auch andere Autoren schon eingetreten sind, das BGB., das künftige Strafrecht, das kommende Irrenfürsorgegesetz und das Bewahrungsgesetz die Suchtfragen berücksichtigen.

Der Ref. faßt seine Ausführungen dahin zusammen:

1. Das Opiumgesetz und die daran anschließende Rechtsprechung sind vom ärztlichen Standpunkt aus zu begrüßen und anzuerkennen. Sie sind keine Fessel des ärztlichen Handelns, sondern bedeuten nur die notwendige Sicherung vor dem Rauschmittelmißbrauch, auch in den Teilen, in denen sie unmittelbar in das ärztliche Handeln eingreifen.
2. Das Ziel: die Verhinderung des nichtmedizinalen Alkaloidbezugs und die möglichste Sicherung gegen den mißbräuchlichen medizinalen Bezug ist weiterhin auszubauen und klarer zu formulieren.
3. Ärztlich müssen wir die Denkbildung auf eine klare ärztliche Indikationsstellung und die Berücksichtigung der medizinalen Gesetzgebung durchführen. (Veröffentlichung erfolgte in dieser Zeitschrift, Band 89, S. 121 ff.

Aussprache: a) *Hübner*-Bonn: Es sind vielfach bedenkliche Persönlichkeiten, die sich gegen das Gesetz vergehen. Auch die Art der Ausführung lehrt oft das Gleiche. In kleineren Bezirken ist die Wirkung des Gesetzes eine günstige. *H.* fragt, ob in dem Herstellen und Mischen von Lösungen durch den Arzt ein „Verarbeiten" im Sinne des Gesetzes zu erblicken ist. Ferner wird die Frage aufgeworfen, wann die chronische Verabreichung von M. als Körperverletzung anzusehen sei.

b) *P. Wolff*-Berlin: Die Ausführungen von *Ebermayer* und *Sioli* haben das zur Diskussion stehende Thema so scharf umrissen, daß dem kaum noch etwas hinzuzufügen bleibt. Es ist aus diesen Referaten klar hervorgegangen, daß das Opiumgesetz gar nicht so schwierig in der Praxis durchzuführen ist, wie manche glauben. Die Gegenüberstellung von „Heilmittel" und „Genußmittel" in der Begründung zu der Reichsgerichtsentscheidung vom 5. 10. 1926 ist nicht von so überragender Bedeutung, wie es vielfach angenommen wird; denn der Begriff „Genußmittel" ist nur als Beispiel gewählt. Man umgeht übrigens dieses Mißverständnis, wenn man (nach einem früheren Vorschlage von mir) den Begriff „Genußmittel" durch den Begriff „Nicht-Heilmittel" ersetzt. Auf Einzelheiten einzugehen, bleibt im Rahmen einer Diskussionsbemerkung keine Zeit. Über die Auswirkungen des Opiumgesetzes für die ärztliche Praxis vgl. meinen Aufsatz in der „D. M. W." Nr. 51, 1927. Auch der Arzt in der Praxis muß sich damit abfinden, daß es eine Medizinalgesetz-

gebung auf diesem wichtigen Gebiete gibt. Sie ist wirksam, sehr wirksam sogar. Das hat sich zur Evidenz darin gezeigt, daß die dem Opiumgesetz unterliegenden Suchtstoffe im illegalen Handel erheblich schwerer zu haben sind als vorher, daß die Süchtigen viel häufiger als noch vor wenigen Jahren zu Rezeptfälschungen greifen müssen oder eben, wie Herr *Sioli* es treffend bezeichnet, sich Gefälligkeitsrezepte verschaffen. Sicherlich gibt es auch Apotheker, die unrechtmäßigerweise Morphin usw. abgeben; man kann aber andererseits, wie auch Herr *Sioli* es schon getan hat, den Apothekern, namentlich ihrer Fachpresse, einräumen, daß sie mit allen Mitteln selbst gegen derartige Standesgenossen ankämpfen. Die medizinische Fachpresse muß sich in weit höherem Maße als bisher für diese Aufgabe zur Verfügung stellen.

In der Indikationsstellung zur Anwendung von Morphin in der Therapie möchte ich noch radikaler vorgehen als Herr *Sioli*: es zeigt sich immer wieder, und auch das Material meiner Rundfrage (vgl. „D. M. W." 1928, Nr. 1—10) erweist es in unerwartet zahlreichen Fällen, wie viele Morphinisten durch die vom Arzt verabreichte Spritze zu ihrer Sucht gekommen sind. Die Verabfolgung der ersten Spritze Morphin usw. muß das Ergebnis ausgiebiger Überlegung für den Arzt sein, denn von der ersten Spritze hängt sehr viel ab. Richtlinien für die Anwendung der Opiate in der ärztlichen Praxis aufzustellen, ist eine wichtige Aufgabe des Danziger Ärztetages im Juni dieses Jahres; daher sei hier als nicht zum Thema gehörig nicht weiter darauf eingegangen. Ich glaube sagen zu dürfen, daß außer bei den von Herrn *Sioli* angeführten Fällen von Koliken und dem psychischen Schock sowie bei bestimmten chirurgischen Indikationen Morphin fast stets entbehrlich ist. Der Arzt hat es zwar oft schwerer, zum Ziel zu gelangen, wenn er Morphin vermeidet; aber seine Verantwortung ist auch geringer. Der praktische Arzt muß hier von den Fachmännern noch stärker gestützt werden, als es bisher vielfach der Fall ist.

Die schon erwähnte Wirksamkeit des Opiumgesetzes zeigt sich u. a. auch darin, daß dem Opiumgesetz noch nicht unterstehende Substanzen bisher auf illegale Weise noch leichter erreichbar sind, z. B. das Eukodal. Um so begrüßenswerter muß es deshalb erscheinen, daß eine chemische Fabrik (Knoll) sich vor etwa $1^3/_4$ Jahren dazu entschlossen hat, das auch Sucht hervorrufende Dicodid nicht mehr in Substanz abzugeben, sondern nur noch als Bitrartat-Tabletten, aus denen injizierbare Lösungen nicht hergestellt werden können. Die Suchtgefahr mit Dicodid ist dadurch praktisch stark herabgedrückt bis vermieden. Dieses Beispiel der Mitarbeit der Industrie an der Bekämpfung der Suchten, selbst unter materieller Einbuße, ist anzuerkennen. Trotzdem erscheint es zweckmäßig, daß auch die eben genannten Substanzen sowie das Dilaudid dem Opiumgesetz unterstellt werden, was demnächst zu erwarten ist. Weiter wäre es sehr wünschenswert, wenn, wie ich schon mehrfach hervorgehoben habe, auch der unberechtigte Besitz mit unter Strafe gestellt würde. Neuerdings hat man von mancher Seite geglaubt, das Opiumgesetz so auslegen zu können, daß eine Bestrafung des Apothekers wegen Abgabe von Opiaten usw. ohne Rezept nicht nach dem Opiumgesetz, sondern nur nach der Verordnung über stark wirkende Arzneien erfolgen dürfe. Zu den juristischen Ausführungen über diese Frage von Herrn *Ebermayer* sowie den gleichsinnigen von *Seidenspinner* („Ärztliche Sachverständigenztg."

1928, Nr. 5/6) möchte ich noch hinzufügen, daß eine derartige Auslegung auch nicht der Absicht des Gesetzgebers entsprechen würde; ganz abgesehen davon kämen wir aber zu unhaltbaren Zuständen in der Bekämpfung der Suchten, denn erstens handelt es sich dann nur um Übertretungen (die schon in 3 Monaten verjähren), und zweitens würden diese Übertretungen nicht mehr in den Arbeitsbereich der Kriminalpolizei, sondern der Verwaltungspolizei fallen. Damit aber wäre eine wirksame und schnelle Bekämpfung naturgemäß unterbunden.

Die Novelle zum Opiumgesetz wird auf Grund der bisher gesammelten Erfahrungen zahlreiche Verbesserungen bringen. Zwar wird der Arzt wie bisher die Handlungsfreiheit behalten, er wird aber Opiate usw. nur noch verordnen dürfen, soweit es ärztlich begründet ist. Die Einfügung dieser Worte ist von großer Bedeutung und wird, wie gesagt, auf dem Danziger Ärztetag des näheren erörtert werden müssen. „In Substanz" sollen die Stoffe des Opiumgesetzes nicht mehr verordnet werden. Überhaupt wird bei Überschreitung bestimmter Mengen eine (ganz einfache) Buchführung einsetzen, die den guten Arzt kaum belästigt. Die Schädlinge unter uns werden so aber leichter zu fassen sein, ohne daß die zurzeit in der Tat vorhandene, für alle Teile untragbare Oberkontrolle durch den Apotheker weiterbestehen bleibt. Auch das neue Opiumgesetz entspricht ganz den Forderungen von Herrn *Sioli*, denn es führt nicht zu einer Fesselung des ordnungsmäßigen Alkaloidgebrauchs. Man darf große Fortschritte von dieser Novelle erhoffen.

c) *Eichelberg*-Hedemünden: Ärzten, die selbst Morphinisten sind und immer wieder gegen das Opiumgesetz handeln, indem sie Gefälligkeitsrezepte u. dgl. ausstellen, muß wegen wiederholter Unzuverlässigkeit im Beruf die Approbation entzogen werden können.

d) *König*-Bonn: Es gibt ganz vereinzelte Fälle von jahrelangem Gebrauch ganz kleiner Mengen von Morphium o. ä. Mitteln. Ich verfüge über zwei derartige Beobachtungen, die durch 7 bzw. 11 Jahre nur 0,02 Mo. pro die genommen haben. Diese Menschen sind wohl kaum als süchtig anzusprechen, sie sind aber wohl so selten, daß sie praktisch bedeutungslos sind. — Bedauerlich ist es, daß es so lange dauert, bis neue Mo-Präparate unter das Opiumgesetz gestellt werden. So fällt das Eukodal heute noch nicht darunter, obwohl ich bereits vor über 6 Jahren Fälle von Mißbrauch desselben beschrieben habe. Sehr bedenklich erscheint mir das kürzlich in den Handel gebrachte Paramorphan, von dem im Prospekt, wie so oft, behauptet wird, daß eine Gewöhnung nicht vorkomme, obwohl bereits einige Beobachtungen vorliegen, die zeigen, daß weder in bezug auf Gewöhnung noch auf die Erscheinungen bei der Entziehung ein Unterschied gegen den gewöhnlichen Morphinismus besteht.

e) *Schwabe*-Plauen: Gibt das Opiumgesetz die Möglichkeit, im Konflikt zwischen Berufsgeheimnis und dem Interesse an Verstopfung einer uns unter der Verpflichtung zur Verschwiegenheit bekannt gewordenen Quelle im letzteren Sinne tätig zu werden?

f) *Schlomer*-Berlin: Die Bemerkung des Herrn *Sioli*, daß das Hinabgehen mit der Morphiumdose u. U. auf einen geeigneten Zeitpunkt hinausgeschoben werden darf, findet in der Gesetzgebung keine Stütze.

g) *Bonhoeffer*-Berlin: hat schon in seinem Casseler Referat darauf hingewiesen, daß der Kokainismus zurückgeht. Jetzt kommen Kokainis-

musaufnahmen überhaupt kaum mehr vor. Das hängt nicht mit dem Opiumgesetz, sondern mit dem Abebben der aus dem Kriege stammenden Kokainismuswellen zusammen. Dagegen scheint es neuerdings, daß die Morphinismusaufnahmen zunehmen. Es scheint, daß unter dem Einfluß der zunehmenden Schwierigkeit die gewünschten Morphinmengen zu erlangen, die Morphinisten früher zur Entziehung genötigt werden.

h) *Langelüddeke*-Hamburg: teilt mit, daß auf seinen Vorschlag in einigen Fällen Morphinisten Bewährungsfrist erhielten unter der Bedingung, daß sie sich zur Entziehung in Anstaltsbehandlung begäben und sich nach Abschluß der ärztlich für nötig gehaltenen klinischen Behandlung noch weiterhin ärztlicher Kontrolle unterstellten.

Ebermayer (Schlußwort): Ob man in dem von Herrn Geheimrat *Hübner* erwähnten Falle von gewerbsmäßiger Verarbeitung reden kann, erscheint mir sehr zweifelhaft. Daß ein Arzt wegen Kunstfehlern bei Abgabe oder Anwendung von Rauschgiften sich fahrlässiger Körperverletzung oder Tötung schuldig machen kann, ist nicht zweifelhaft. — Erfährt der Arzt von einem Kranken, daß dieser aus der Apotheke unberechtigt Morphium erhalten hat, so wäre ich geneigt, anzunehmen, daß hier ein überwiegendes öffentliches Interesse den Arzt berechtigt, von dieser Mitteilung weiteren Gebrauch zu machen.

8. *Jossmann*-Berlin: Über Beziehungen zwischen Struktur und Benennung von Wahrnehmungserlebnissen.

Seit Begründung der Lehre von der „inneren Sprachform" hat sich die Sprachwissenschaft mit zunehmendem Interesse und Erfolg den sinnvollen Zusammenhängen zugewandt, die zwischen dem sprachlichen Ausdruck und dem darzustellenden Erlebnis bestehen. Das Problem der sinnlichen Wahrnehmungserlebnisse ist seit *Humboldt* und *J. Grimm* immer wieder Gegenstand derartiger Untersuchungen gewesen. Wenn „in die Bildung und den Gebrauch der Sprache notwendig die ganze Art der subjektiven Wahrnehmung der Gegenstände übergeht" (*Humboldt*), dann sind aus der Sprachanalyse Aufschlüsse über die Struktur von Wahrnehmungserlebnissen zu erwarten. Die Sprachforschung ging dabei zunächst von der interessanten Tatsache aus, daß im Laufe der Sprachentwicklung die Bezeichnungen für die sog. individuellen Vorstellungen früher auftreten als die für allgemeine Begriffe. So waren z. B. schauen, spähen, blicken, achten, bemerken sprachlich in ihrer Eigenart früher geschieden als etwa sehen und hören. Es ergibt sich, daß die Tendenz zur Differenzierung des Ausdrucks der Interessensphäre des sprachbildenden Menschen entspricht. Das trifft sowohl für die Frühzeit der sprachlichen Entwicklung zu wie für die Sprache der Primitiven. Offenbar entspricht der großen Bedeutung der sinnlichen Wahrnehmung im Leben des primitiven Menschen ein Reichtum von Ausdrucksmitteln. Der größeren Reizgebundenheit geht die Variabilität der expressiven Akte parallel.

Im speziellen ergibt die Sprachanalyse der Bezeichnungen für die optische Wahrnehmung folgende etymologisch gesicherte Abwandlungen der Bedeutung: Sehen (identisch mit lat. sequi und gr. ἕπεσθαι) heißt seinem Wurzelsinn nach folgen; aus sprachverwandten Wurzeln ergeben sich die Bedeutungen des Trennens und Verbindens, auch die des Durchdringens. — Zeigen (enthalten in Zeichen und zeichnen) be-

deutet ursprünglich weisen, leiten, führen. — Blicken (synonym mit strahlen) heißt der Wortbedeutung nach (Pfeil-)schießen bzw. etwas nach einer bestimmten Richtung entsenden; das ident. gr. βλέπομαι bedeutet: sich wohin wenden, nach einer Richtung hin sehen. — Spähen heißt: mit dem Auge etwas suchen. — Bemerken (vgl. Marke = Grenze) heißt Grenzen setzen, enthalten z. B. in markieren. — Unterscheiden bedeutet spalten, trennen (lat. scindo, gr. σχίζω). — Lesen — lego — bedeutet ursprünglich sammeln, ahd. auch in Garben binden, bezeichnet also das gruppierende Zusammenfassen von Einzelheiten. — Das Wort Gestalt verweist über das mittelhochdeutsche stellen auf eine indogermanische Wurzel sta, die an bestimmter Stelle stehen und im Bedeutungswandel Stellen anweisen oder ordnen bedeutet.

An diesen Wurzelbedeutungen wird offenbar, daß die Sprache den Erlebnisraum, im besonderen den Sehraum durch Bewegungen gliedert. Es wird damit u. a. auf die Bedingungen verwiesen, gemäß denen auch der Tastraum wahrgenommen und bezeichnet wird. Auch aus diesem Zusammenhang wie aus dem sprachlichen Bedeutungswandel überhaupt ergibt sich, daß der Nuancenreichtum des sprachlichen Ausdrucks heuristischen Wert gewinnt, wenn es sich um die Analyse der bezeichneten Erlebnisse handelt. Der Erkenntniswert dieses Weges der Forschung erhellt aus Ergebnissen der Wahrnehmungspsychologie und -pathologie, die insbesondere die etymologisch erschlossene Bedeutung von Bewegungsmotiven ersichtlich machen. Man spricht von Gestaltblindheit und meint damit allgemein eine Störung in der Ordnung der reizbedingten Empfindungen. Die Elemente haben ihren Stellenwert verloren, eine Qualität also, deren Bewegungsmotiv das Wort Gestalt zum Ausdruck bringt. Nun erfolgt die Gliederung des Erlebnisraumes mit Bezug auf verschiedene Koordinatensysteme, die 3 egozentrischen Bezugssysteme (*G. E. Müller*) und den Objektraum. Die Unversehrtheit des Erkennungsaktes ist aber erst dann garantiert, wenn Freiheit der Bewegungen innerhalb dieser Räume und ebenso dieser Raumsysteme gegeneinander besteht. Der Gegenstand ist erlebnismäßig gleichsam erst dann einer und derselbe, wenn er die Probe der Transformation (*Poetzl*) bestanden und sich im Wechsel von System zu System bewährt hat. Hier ist der aus der Normalpsychologie bereits wohlbekannte Einfluß der Blickbewegungen auf den optischen Wahrnehmungsakt zu nennen, z. B. der Zusammenhang von Blickrichtung und Größenschätzung. Die Psychopathologie spricht wörtlich von einer Seelenlähmung des Schauens — sprachlich besser des Blickens —, ferner von Störungen des Überschauens; hier liegen Beeinträchtigungen des Erkennungsaktes vor, die auf einer Unfreiheit in der Wahl der Raumrichtungen beruhen; gestört sind also Wahrnehmungshaltungen, deren Eigenart durch die etymologisch nachgewiesenen Bedeutungsnüancen der Worte blicken und sehen gekennzeichnet wird. Daß das Richtungsmoment in allen egozentrischen Bezugssystemen von wesentlicher Bedeutung ist, ergibt sich aus dem Begriff und der Funktion des Körperschemas, ferner auch aus den Beziehungen der Rechts-Links-Orientierung und der optischen Wahrnehmung. In diesem Zusammenhang sind besonders interessant die Untersuchungen (*Goldstein*), die die Abhängigkeit von Bewegungen von optischen Vorstellungen klarlegen. Nicht nur Richtungen als solche sind

hier zu betrachten, sondern auch ihr Verbundensein zu Gestalten höherer Ordnung, ferner Tempo und Dynamik des Richtungswechsels. Man spricht vom Modellieren der Gestalt in der Wahrnehmung, vom Abtasten mit dem Auge. Entsprechende Bewegungsmotive sind in den Synonyma für sehen enthalten (vgl. die Wechselbedeutungen verbinden, trennen, Grenzen setzen, leiten). Die besondere Dynamik des Leseaktes wird durch den Bedeutungswandel erläutert, den die Wurzel des Wortes lesen durchgemacht hat; die Verwendung des Wortstammes für Garben binden im Germanischen analysiert geradezu die Struktur des Lesevorgangs, sofern es sich dabei einmal um das Zusammenfassen von Elementen in geordnete Gruppen, dann aber auch um den Wechsel zwischen Bewegung und Ruhe im Fortschreiten von Gruppe zu Gruppe handelt. — Der Einfluß des Einstellungswechsels auf den Erkennungsakt ist besonders evident bei der Wahrnehmung von Bewegungen im Objektraum. Hier tritt erläuternd die Bedeutung von sehen = (mit dem Auge) folgen ein. Zu berücksichtigen sind sowohl reale wie Scheinbewegungen. Das Erlebnis des bewegten Objektes kann unter bestimmten Umständen die Erkennungsleistung des Agnostischen wesentlich begünstigen. In der gleichen Richtung weisen Versuche am bewegten Film bei Normalen. Die funktionelle Verbundenheit von Bewegungserlebnis und Erkennungsakt geht auch aus dem zwangsläufigen Eintreten von Scheinbewegungen hervor, die unter bestimmten Versuchsbedingungen bei bestimmten Etappen des Erkennungsaktes zu beobachten sind. — Man hat die allgemeine Haltung beim Erkennungsakt durch das Zusammenwirken synthetischer und analytischer Faktoren zu erläutern gesucht. Die Gestalt erkennen gliedert sich in das simultane Erfassen von Ganzheiten und die Fähigkeit des Differenzierens von Einzelheiten. Die charakteristischen Züge dieser Haltungen kommen sprachlich zum Ausdruck in den Wortbedeutungen: stellen, ordnen, bemerken und unterscheiden = spalten. Zahlreiche Arbeiten der Agnosieliteratur behandeln entsprechende Störungstypen.

Die dargelegten sprachlichen Beziehungen sind selbstverständlich nicht berufen, ein nosologisches Schema der Agnosielehre zu begründen. Derartige Betrachtungen können nur die Beschreibung von möglichen Wahrnehmungstypen auf Grund ihrer Struktur fördern.

9. Erwin *Straus*-Berlin: Zur Pathologie des Zeiterlebens.

Die Zeit bereitet als die umfassendste Form, in der sich unsere Erlebnisse ordnen, der wissenschaftlichen Erkenntnis besondere Schwierigkeiten. Von den drei großen Problemgebieten: der Registrierung und Messung der Erlebnise als realer Vorgänge in der objektiven Zeit, der Zeitschätzung und dem Zeiterlebnis im eigentlichen Sinn hat infolge dieser Schwierigkeiten bis jetzt die empirische Psychologie und die Pathopsychologie in der Hauptsache nur die beiden erstgenannten in den Kreis der Betrachtung gezogen. Und doch sind die wichtigsten Einsichten in den Aufbau und die Genese psychotischer Erscheinungen gerade von der Erforschung des Zeiterlebens zu erwarten. Denn das Zeiterleben ist konstitutiv für alle einzelnen Erlebnisse. Diese sind nicht nur abhängig von dem objektiven zeitlichen Verlauf und ihrer historischen Zeitstelle, sondern auch von der Zeitgestalt. Ließe es sich zeigen, daß das Zeiterleben in Übereinstimmung mit den allgemeinen vitalen Prozessen Abwandlungen erfährt,

so würde sich die Kluft zwischen leiblicher Erkrankung und seelischer Störung in einer Hinsicht überbrücken lassen. Denn mit der Wandlung des Zeiterlebens müssen dann auch sämtliche Einzelerlebnisse bestimmte, aus der Form jener Wandlung erklärbare, der Analyse zugängliche Veränderungen erleiden.

Die Eigenart des Zeiterlebens ist durch die Abgrenzung der objektivierten von der erlebnisimmanenten, der physikalischen von der Präsenzzeit noch nicht vollständig geklärt. Wesentlich ist vielmehr noch die im Zeiterlebnis erfaßte Relation zwischen der intersubjektiven, objektivierbaren Weltzeit, die den Charakter des Vergehens hat, und der individuellen, singulären, der Zählung und Messung prinzipiell entzogenen Ich-Zeit, die den Charakter des Wachsens hat.

An dem Beispiel der endogenen Depression hat der Vortr. zu zeigen versucht, wie durch den Rückgang auf das Zeiterlebnis der Zusammenhang pathologischer seelischer Phänomene, des Zwangs, der depressiven Wahnbildung, des Gefühls der Gefühllosigkeit mit der vitalen Grundstörung begreiflich wird. Das bloße Nebeneinander der Symptome wird durch die Besinnung auf die Zeitstruktur zu einer begrifflich faßbaren Einheit zusammengeschlossen. Der Begriff der Hemmung erfährt dabei erst seine nur durch die Hervorhebung der Zeitgestalt mögliche vollständige Bestimmung. Seine unterschiedlose Verwendung in der Biologie und in der Psychologie erweist sich als unzulässig. Es erhellt andererseits die entscheidende Bedeutung, die dem Zeiterlebnis bei der Behandlung des Leib-Seele-Problems zukommt. (Erscheint ausführlich in der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.)

Aussprache: a) *Neisser.*

b) *Jossmann*-Berlin: Bei einer jugendlichen Patientin mit postenzephalitischen Parkinsonismus umd Blickkrämpfen trat folgendes eigentümliche Zeiterlebnis auf: kurze Zeit, gelegentlich auch mehrere Stunden davor, aber auch während des Krampfzustandes mußte sie zwangsläufig an die Vergangenheit denken (wörtlich: „ich muß immer denken, was war"); dabei ausgesprochen ratlos-ängstliche Haltung. In diesem Zustand beschäftigt sie sich niemals mit gegenwärtigen oder zukünftigen Erlebnissen. Die genauere Exploration ergab, daß die erlebten Inhalte offenbar eine untergeordnete Rolle spielen; wesentlich erscheint allein die Zuwendung zum Vergangenen. Es dokumentiert sich darin die pathologisch gesteigerte Determination durch die Vergangenheit, deren gleichzeitiger Ausdruck das Stocken des subjektiven Zeiterlebens und die Unmöglichkeit des Fortschreitens in die Zukunft ist. —

Straus (Schlußwort): Auf die einander widersprechenden Angaben der Depressiven über den Zeitablauf habe ich in meiner Arbeit auch schon kurz hingewiesen. Eine prinzipielle Schwierigkeit sehe ich darin nicht. Je nach der Einstellung des Blicks auf die transeunte oder die immanente Zeit wechseln die Schilderungen der gleichen Veränderungen des Erlebens. Die verschiedenartige Einstellung selbst ist abgesehen von individuellen persönlichen Momenten von der Schwere des Leidens abhängig, davon ob das Denken als Handeln oder auch das Denken als Funktion schon betroffen ist.

10. *Rein*-Landsberg: Die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft im Sinne des § 1569 BGB.

Vortragender weist hin auf die bevorstehende Änderung des Ehescheidungsrechts, wonach das Zerrüttungsprinzip als Ehescheidungsgrund, das bisher nur im Falle von Geisteskrankheit anerkannt wurde (§ 1569), in erweitertem Maße Anwendung finden soll. Über eine beabsichtigte Änderung des § 1569 ist Genaues bisher noch nicht bekannt; es dürfte auch wohl nur eine geringe Änderung, vielleicht des Wortlautes, zu erwarten sein; höchstens, daß die Zeitdauer der Krankheit herabgesetzt wird entsprechend dem vorgeschlagenen „Zerrüttungsparagraphen" 1568 a, wo eine einjährige Aufhebung der Lebensgemeinschaft der Ehegatten als Vorbedingung gefordert wird. Vor allem ist wohl anzunehmen, daß der Begriff von der Aufhebung der geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten dem Sinne nach bestehen bleiben wird. Vortragender zeigt, wie sich die Auslegung dieses Begriffes in der Rechtsprechung seit Bestehen des BGB. geändert hat von der ursprünglichen Forderung des „geistigen Todes" bis zu den viel freieren Auffassungen der höchstinstanzlichen Rechtsprechung in den letzten Jahren. An der Hand von Beispielen wird dargetan, daß eine völlig einheitliche Rechtsprechung in dieser Beziehung nicht besteht; diese Unsicherheit wird vielleicht dadurch noch erhöht, daß vielfach in Beweisbeschlüssen und Urteilen gefordert wird, daß vom gesunden Ehegatten eine gewisse Rücksicht auf das Leiden des anderen zu erwarten sei; hierdurch wird ein neuer, recht dehnbarer Begriff in der Beurteilung der Krankheit und ihrer Auswertung auf das eheliche Leben eingeführt. Zum Schluß weist der Vortr. auf den neuen beabsichtigten „Zerrüttungsparagraphen" hin, unter welchen zweifellos viele psychopathische Grenzfälle, Morphinisten Epileptiker usw. fallen werden. Die zu erwartende Ehescheidungserleichterung wird trotz aller Hochachtung vor der Heiligkeit der Ehe in vielen Fällen doch zu begrüßen sein als eine soziale Maßnahme und als eine Forderung der psychischen Hygiene für den Gesunden.

11. *Rittershaus*-Hamburg: Die Entwürfe eines Bewahrungsgesetzes.

Dem letzten Reichstage hatten zwei im wesentlichen übereinstimmende Entwürfe eines Bewahrungsgesetzes vorgelegen (von der S. P. D. bzw. von Zentrum und Dtsch. Nat.). Es handelt sich gewissermaßen um eine Erweiterung der Entmündigung; das Vormundschaftsgericht soll gegebenenfalls eine Verwahrung verwahrloster Personen oder solcher, die zu verwahrlosen drohen, anordnen können. In dem einen Antrage ist sehr zweckmäßigerweise eine fachpsychiatrische Begutachtung gefordert, wenn auch nicht überall dort, wo es nötig wäre. In vielen Einzelheiten „ähneln diese Entwürfe sehr denen des sogenannten „Irrenschutzgesetzes" von 1923 und dem preußischen Irrengesetzentwurf, offenbar deshalb, weil die Kreise der von diesen Gesetzen zu umfassenden Personen sich weitgehend überschneiden. Aus diesem Grunde ist auch die Entscheidung über das preußische Irrengesetz vorläufig zurückgestellt worden, um eine Kollision zu vermeiden.

Der Begriff der „Verwahrlosung" wird sicherlich im Laufe der Zeit immer weiter ausgedehnt werden, ähnlich wie man die Begriffe der „Auf-

hebung der geistigen Gemeinschaft" oder der „Verständigung" bzw. der „Pflegschaft" (§ 1569 bzw. 1910 BGB.) immer weiter ausgedehnt hat, und ein großer Teil aller Irrenanstaltsaufnahmen würden dann wohl nach den Bestimmungen dieses Bewahrungsgesetzes vor sich gehen. Dabei besteht die große Gefahr, daß man vom grünen Tisch aus später anordnet, daß die Bestimmungen dieser Gesetze einfach sinngemäß bei allen Anstaltsaufnahmen anzuwenden seien. Man hätte dann das unglückselige und glücklicherweise zurückgezogene „Irrenschutzgesetz" von 1923 plötzlich in Kraft gesetzt, und alles, was sachlich gegen jenen Entwurf vorgebracht worden war, müßte auch dann gelten.

Viel zweckmäßiger wäre es, die ganzen Bewahrungsgesetze in ein einheitliches und großzügiges Reichsirrengesetz hinein zu verarbeiten, das dann aber nicht gegen, sondern nur mit den Irrenärzten geschaffen werden dürfte, etwa in der Art, wie Vortr. es zu zeigen versucht hat (Die Irrengesetzgebung in Deutschland. W. de Gruyter, Berlin 1927).

12. *Küppers*, *E.*-Freiburg i. Br.: Selbstschilderungen im narkotischen Rausch.

28 Versuchspersonen, meist Studenten, wurden, zum Teil mehrfach, in der bei den Gynäkologen üblichen Weise mit Narcylen betäubt und aufgefordert, Schritt für Schritt den Verlauf der im Vorstadium der Narkose erlebten Zustandsänderungen zu beschreiben. Es zeigte sich eine außerordentlich große Verschiedenheit in der Reaktionsweise bei den einzelnen Versuchspersonen (neben fast vollkommener Gleichartigkeit bei einer und derselben Versuchsperson zu verschiedenen Zeiten). Diese Verschiedenheit betraf aber nur eine Seite der erlebten Änderungen, nämlich die Stimmung. Man konnte nach der Richtung, in der sich die Stimmung änderte, drei Gruppen unterscheiden, nämlich 1. die Stumpfen, 2. die Euphorischen und 3. die Heiter-Erregten. Zu der mittleren Gruppe gehörten 20 Versuchspersonen, zur ersten 6, zur dritten nur 2. Die Euphorisierung ist demnach wohl als die normale Narcylenwirkung anzusehen. Die Stimmungsänderung war natürlich ausschlaggebend für das ganze äußere Erscheinungsbild der Fälle. Feste Beziehungen zwischen den drei Gruppen zu bestimmten Konstitutionen, Temperamenten oder Charaktertypen ließen sich bisher noch nicht feststellen. Es schien nur, daß die Art der Reaktion auf das Narcylen dem Verhalten der Versuchspersonen gegen Alkohol parallel ging.

Der Verschiedenartigkeit der Reaktionsweise in bezug auf die Stimmung stand eine durchgängige Gleichförmigkeit in allen anderen Hinsichten gegenüber. Die dieser Gleichförmigkeit zugrundeliegende Veränderung ist näher zu kennzeichnen als eine Isolierung des seelischen Zentrums der Persönlichkeit gegen seine leibliche und umweltliche Umgebung. Diese Isolierung äußerte sich als ein Undeutlichwerden der Vorstellung vom eigenen Körper, als eine Herabsetzung des Gefühlstons der Empfindungen bei erhaltener Empfindungsqualität, als ein Unwirklicherwerden der äußeren Gegenstände, als eine Verminderung des Interesses an den Vorgängen der Umwelt und als verringerte Aktivität und Produktivität in motorischer und ideatorischer Hinsicht. Die Heiter-Erregten bildeten dabei nur scheinbar eine Ausnahme. Bei ihnen fand sich zwar auf der einen Seite — als Folge der erhöhten allgemeinen Vitali-

tät — eine außerordentliche Erleichterung der motorischen und intellektuellen Reaktionen. Auf der anderen Seite aber wurde diese Erleichterung — infolge der narkotischen Isolierung — weit überkompensiert durch die Unfähigkeit, das im Augenblick Interessierende herauszuheben, ohne gleichzeitig den Zusammenhang mit dem im Augenblick nicht Interessierenden zu verlieren. Die Folge war eine vollkommene Zerfaserung des Gedankengangs bei herabgesetztem Niveau der einzelnen Gedankenbildungen und veräußerlichten Verknüpfungen zwischen ihnen.

Aussprache: a) *Zucker*-Greifswald: Man wird unterscheiden müssen zwischen dem Inhalt des Erlebnisses und der affektiven Reaktion des Individuums darauf. Ersterer kann der gleiche sein bei verschiedener affektiver Reaktion. Ferner wird zu unterscheiden sein zwischen giftspezifischen und giftunspezifischen Wirkungen. — Die „Schmerzfreiheit" bei N2O-Vergiftungen kann eventuell das meist in diesem Rausch auftretende Gefühl des Schwebens verstehbar machen. (Vgl. die demnächst erscheinende größere experimentelle Arbeit über N2O von *Zucker*.)

b) *Sioli*-Düsseldorf hat im Anschluß an einen von ihm beobachteten Fall von Narcylenismus, der diese neueste der Suchten mit besonderen Eigentümlichkeiten zeigte, Versuche an seinen Mitarbeitern mit Narcylenrausch gemacht. Aus den Ergebnissen hebt er besonders eine Erscheinung hervor, nämlich den Trieb mit dem begonnenen Rausch fortzufahren, und sieht darin einen mächtigen Faktor zur Entstehung der Sucht, der weiterer Verfolgung bedarf (siehe Monatsschrift für Psych. und Neurol. Bd. 68).

13. *Maier*-Zürich: Versuche mit Ergotamin- und Atropinbehandlung bei zerebral-vegetativen Störungen.

Aussprache: a) *Friedemann*-Freiburg: Der Vortrag von Herrn Prof. *Maier* gibt mir Gelegenheit, kurz über Ergotaminbeobachtungen zu berichten, die ich an der Freiburger Klinik seit 1926 sammeln konnte. Aus ähnlichen Erwägungen — Beeinflussung des Parasympathicus — wandte ich es per injectionem an: 1. zur Unterstützung der Schlafmitteltherapie, 2. bei Schizophrenen mit ausgesprochenen vasomotorischen Störungen, 3. bei Parkinson, 4. bei Basedow. Mit allem Vorbehalt scheint es, als könne man verstärkte Schlafmittelwirkung erhalten. Sichere Beeinflussung von Schizophrenien, die auf Ergotamin allein zurückzuführen gewesen wäre, gelang nicht.

Bei Parkinsonzuständen schien Ergotamin allein wirkungslos zu sein. Ergotamin in Verbindung mit Skopolamin oder Atropin schien wirksam zu sein.

Basedow ließ sich in einigen Fällen bessern, doch war vielleicht auch die Ruhetherapie, die bei der Behandlung eingehalten wurde, von Bedeutung.

Ein eindeutiges, einheitliches Bild war also nicht zu gewinnen. Toxische Erscheinungen waren — bei Gaben bis zu 4 mg täglich 3—8 Tage lang — nicht nachzuweisen.

b) *Zucker*-Greifswald: Kombinationen von parasympathikomineralischen Giften mit andern vegetativ wirkenden Giften lassen sich bezüglich ihrer Wirkung theoretisch schwer beurteilen; schon die Kombination mit z. B. Calcium kann analoge Wirkungen zeitigen.

14. *Pohlisch*-Berlin: **Über psychische Reaktionsformen bei Arzneimittelvergiftungen.**

Von den psychischen Reaktionsformen bei Arzneimittelvergiftungen interessieren den Psychiater einfache Formen wie unkomplizierte Bewußtseinstrübungen, Stimmungsanomalien und epileptische Anfälle nicht genügend, um Anlaß zu planmäßigen Untersuchungen über ihr Vorkommen zu geben. Ich beschränke mich deshalb auf Arzneimittel, die komplexe Symptombilder, z. B. delirante, halluzinoseartige und amentielle Zustände hervorrufen. Komplexe Formen können bei manchen Arzneimitteln wie bei der Atropingruppe bereits nach einmaliger, bei anderen jedoch erst auf dem Boden der Dauervergiftungen entstehen. Das bekannteste Beispiel dafür liefert von den Narcoticis der Fettreihe der am besten durchforschte Alkohol. Er regt zu einem Vergleich mit den übrigen Vertretern dieser Gruppe an. Das Verfolgen der Entwicklung von der einmaligen über die Dauervergiftung bis zur Intoxikationspsychose ergibt eine weitgehende Verwandtschaft der Dauervergiftungen und der später sich entwickelnden akuten Psychosen miteinander. Darauf haben *Schroeder* und *Kraepelin* hingewiesen. Bei den einmaligen Intoxikationen fallen die Unterschiede zwischen den Schlafmitteln, bei denen einfache Bewußtseinstrübungen im Vordergrund stehen, mit den unter sich zwar verwandten, jedoch nicht zu identifizierenden Rausch- und narkoseartigen Zuständen der Inhalationsanästhetika und des Alkohols auf. Sinnestäuschungen fehlen bei allen diesen einmaligen Vergiftungen bis auf gelegentliche illusionistische Verkennungen. Die Inhalationsanästhetika zeigen Neigung zu traumhaften Erlebnissen.

Abnorme Reaktionen im Sinne des pathologischen Rausches scheinen am häufigsten beim Äther und relativ oft bei dem früher viel gebrauchten Sulfonal aufgetreten zu sein. Bei den übrigen Schlafmitteln verhindert offenbar die rasch einsetzende tiefe Bewußtseinstrübung ihr Entstehen.

Neurologisch gemeinsam sind allen diesen Fettkörpern zerebellare Störungen. Der Alkohol zeigt dies am deutlichsten. Das Fehlen oder seltene Auftreten kortikaler Ausfallssymptome weist lokalisatorisch eher von der Hirnrinde weg als auf diese hin. Bekannt ist besonders bei den Barbitursäuren das Auftreten der *Wernicke*schen Polioenzephalitis und das häufige Fehlen der Bauchdeckenreflexe.

Gemeinsam ist den Narcoticis der Fettreihe das Unwirksamwerden anfänglich wirksamer Dosen bei Dauergebrauch. Das Stadium der Anpassung an erhöhte Dosen kann Monate und Jahre hindurch klinisch symptomarm oder symptomfrei verlaufen. Daß es sich trotzdem um einen pathologischen Zustand handelt, ist für den Alkohol durch Stoffwechseluntersuchungen nachgewiesen. Klinisch stellen sich später allmählich Störungen ein, die der einfach dementen euphorischen Paralyse und dem Habitualzustand des Gewohnheitstrinkers ähneln. Wie bei letzterem können komplizierte Räusche und dämmerzustandartige Bilder auftreten. Polyneuritis findet sich außer beim Alkohol fast nur beim Chloralhydrat und bei der gelegentlich mit eindeutig spinalen Läsionen verbundenen Hämatoporphyrie der schwefelhaltigen Schlafmittel.

Die akuten Psychosen auf dem Boden der Dauervergiftung gehen symptomatologisch im wesentlichen auf in das Delir und in die Halluzinose. Häufiger als beim Alkoholismus trifft man Mischformen beider.

Für mittelbare Giftwirkung spricht eindeutig das prädilektive Auftreten epileptischer Anfälle zu einer Zeit, in der das Medikament als solches nicht mehr im Organismus weilt. Charakteristischerweise zeigen die Barbitursäuren infolge ihrer langsamsten Ausscheidung den spätesten Termin, nämlich den 7.—13. Entziehungstag für Anfälle und den 5.—10. Entziehungstag für Ausbruch der Psychose. Häufiger als beim Alkoholdelir stellt sich der epileptische Anfall erst bei bereits bestehender Psychose ein. Dem Arzneimittelentzug kommt oft eine deutliche psychosefördernde Rolle zu. Er kann jedoch nur den letzten Anstoß geben, wenn ein bestimmter Grad von toxischer Allgemeinschädigung schon erreicht ist. Steigerung der Giftdosis kann, braucht jedoch nicht psychosefördernd zu wirken. Andere Gelegenheitsursachen sind im Gegensatz zum Delirium tremens selten.

Den Narcoticis der Fettreihe schließen sich als weitere Arzneimittelgruppe mit mittelbar auf dem Boden des Dauergebrauchs entstandene Psychosen die Bromverbindungen an. Bei akuter, subakuter und Dauervergiftung, dem sog. Bromismus, treten Bewußtseinstrübungen, grobe paraphasische und amnestische Störungen und stumpfes Verhalten mit Stimmungsanomalien in gradueller Abstufung auf. Zu diesem Bilde tritt gelegentlich eine akute Psychose hinzu. Das knappe Dutzend von Literaturfällen, ein von *Möllenhoff* mir zur Verfügung gestellter und ein eigener Fall zeigen einen amentiellen Zustand von mehrtägiger bis mehrwöchiger Dauer. Die Lehre von dem gestörten Bromchlormolekulargleichgewicht im Blut kann zwar der Erklärung des einfachen Bromismus, jedoch nicht der auf seinem Boden entstandenen eigentlichen Brompsychosen zugrundegelegt werden. Diese können sich auch ohne Dosenerhöhung entwickeln und pflegen sich bei einem bestimmten Grade des Bromismus erst nach Bromentzug zu entfalten.

Pathogenetisch stehen im Gegensatz zu den Psychosen bei Dauergebrauch der Narcoticis der Fettreihe und der Bromverbindungen einige Arzneimittel, bei denen komplexe Symptombilder schon nach einmaliger Giftzufuhr auftreten. So zeigt die Atropingruppe mit großer Regelmäßigkeit ein produktives Delir, welches im Prinzip gleichartig bei allen Alkaloiden dieser Gruppe auftritt, gleichgültig, ob es sich um einmalige oder um Dauervergiftung handelt. Aus Massenvergiftungen ergibt sich, daß eine individuelle Disposition zum Entstehen des Atropindelirs nicht notwendig ist.

Für Kokain haben *Joel-Fränkel* und H. *W. Maier* auch für die halluzinoseartigen und deliranten Bilder eine direkte Giftwirkung angenommen. 70 Fälle meines Charitématerials sprechen ebenfalls dafür.

In dieser Beziehung schwieriger zu beurteilen sind die fast nur aus der älteren Literatur bekannten deliranten, komatös-meningitischen und amentiellen Formen der Salizyl- und Jodoformvergiftung. Trotz der häufigen Komplikationen mit anderen Erkrankungen aus dem nicht seltenen Auftreten der Psychose erst nach tagelanger Arzneimitteleinwirkung oder mehrmaliger Applikation möchte ich unmittelbare Gifteinwirkung annehmen.

Ausgesprochene Beispiele für Auftreten komplexer psychischer Bilder bei einmaliger Giftzufuhr liefern *Haschisch* und *Meskalin*. Da sie nicht den Arzneimitteln im engeren Sinne zugehören, gehe ich nicht weiter auf

sie ein. Von den uns klinisch bekannten Arzneimitteln, deren Psychosen sämtlich ein Erhaltenbleiben des Persönlichkeitsbewußtseins zeigen, scheinen sich Haschisch und Meskalin in dieser Beziehung zu unterscheiden.

Der nosologischen Stellung nach gehen die psychischen Reaktionsformen der einmaligen und Dauervergiftung durch Arzneimittel, wenn nicht ätiologische Komplikationen vorliegen, in die Gruppe der exogenen Prädilektionstypen *Bonhoeffers* auf. In dem von *Heiberg* angenommenen Umfang läßt sich das Prinzip, psychische Reaktionsformen nach der chemischen Konstitution einzuteilen, nicht durchführen. Allerdings produzieren die einzelnen Pharmaka weder bei der einmaligen noch bei der Dauervergiftung wahllos einmal das eine, ein anderes Mal ein anderes exogenes Syndrom. Die Atropingruppe erzeugt mit großer Regelmäßigkeit ein Delir. Auf dem Boden der Dauervergiftung treten bei den zahlreichen Narcoticis der Fettreihe als Intoxikationspsychose prädilektiv Halluzinationen und Delirien auf, bei Bromismus dagegen ein amentielles Bild.

Außerdem läßt sich mehrmals eine besondere, dem einzelnen Pharmakon oder seiner chemischen Gruppe zukommende Färbung des Symptombildes nachweisen.

Als Beispiel führe ich bei der akuten wie chronischen Bromvergiftung das Hervortreten paraphasischer und amnestischer Störungen an, die sich auch ohne nennenswerte Bewußtseinstrübung einstellen können. Die taktilen Sinnestäuschungen und der Beziehungswahn in Verbindung mit ängstlichem Affekt beim Kokain sind bekannt. Chloroform und Chloralhydratpsychose neigen, wahrscheinlich wegen der besonderen Affinität dieser Gifte zum Herzmuskel, zu ängstlicher Stimmungslage. Vielleicht gehört hierhin auch, um nur noch ein weniger bekanntes Beispiel zu geben, die besondere psychomotorische Lebhaftigkeit der Delirien der Atropingruppe.

Ich gehe zu der Frage über, ob Symptombilder in der Art, wie sie von den endogenen Psychosen her bekannt sind, auch bei den Arzneimittelvergiftungen vorkommen. Die Lehre *Spechts* wird insofern bestätigt, als die exogene Noxe, wenn sie einschleichend und nicht zu massiv zerebral einwirkt, vorwiegend affektive Störungen verursacht. Erst mit dem Einwirken größerer Giftmengen entstehen dann „die tiefergehenden Symptome der exogenen Art", die mit manischen Beimengungen, auch ohne daß sich immer eine manische Anlage nachweisen läßt, verbunden sein können. Die reine Manie und besonders die reine Depression sind dagegen, selbst bei manisch-depressiver Anlage, recht selten. Katatone und paranoide Beimengungen stellen sich etwa in der gleichen Häufigkeit wie bei den Infektionspsychosen ein.

Der typische Ausgang selbst schwerer mehrwöchiger Arzneimittelpsychosen ist, dauernde Abstinenz vorausgesetzt, defektlose Heilung. Ätiologische, exogene und endogene Komplikationen können diese verzögern und etwa paranoide Zustände, protrahierte Halluzinose oder in seltenen Fällen eine *Korsakow*sche Psychose als Residuärzustand erzeugen. (Vortrag erscheint demnächst ausführlich.)

Aussprache: *Th. Brunner*-Küsnacht-Zürich: Im Anschluß an die endolumbale Behandlung der progr. Paralyse nach *Gennerich* werden psychotische Krankheitsbilder im Sinne von halluzinatorisch-paranoiden

Zuständen beobachtet. Dieselben treten, wenn auch selten, nach meinen Erfahrungen in ca. 5% der so behandelten Fälle auf, und zwar erst nach der zweiten oder dritten Behandlung, um sich bei weiteren derartigen Behandlungen nicht zu wiederholen. Die Dauer der Symptome, die in Gehörs-, Gesichts- und Gefühlshalluzinationen neben paranoiden Wahnideen bestehen, beträgt 1—3 Tage. Bis dahin wurden sie nur nach Behandlung der progr. Paralyse beobachtet, wo Neosalvarsan in der Dosis von 1—3 mg zur Anwendung gelangt und nie bei der Behandlung von Tabes dorsalis, wo die Maximaldosis ¼—½ mg Neosalvarsan auf 60—80ccm Liquor beträgt. Das Auftreten dieser Symptome erscheint demnach abhängig von der Höhe der Dosierung.

III. Referat. a) *Lange*-München: Leistungen der Zwillingspathologie für die Psychiatrie.

Zwillinge haben von jeher das menschliche Interesse in Anspruch genommen. Mythus, Märchen und schöne Literatur handeln von ihnen, und auch die Geschichte birgt wertvolle Zeugnisse über Zwillingspaare, deren Partner sich übereinstimmend nach den allerverschiedensten Richtungen hin auszeichneten. Die große wissenschaftliche Bedeutung der Zwillingsforschung hat aber erst *Galton* erkannt. Die systematische Zwillingsforschung vollends setzt erst mit *Siemens* richtig ein.

Zweieiige Zwillinge verhalten sich in jeder Hinsicht wie andere Geschwister des gleichen Elternpaares. Wesentlich übereinstimmend ist meist nur die Umwelt. Unterschiede, die man bei ihnen findet, werden also im großen ganzen auf die Anlage zu beziehen sein. Eineiige Zwillinge dagegen sind nach der verbreitetsten Meinung im wesentlichen erbgleich. Ihre Unterschiede müssen also auf parakinetische Einwirkungen zurückführen, deren Reichweite man an ihnen ablesen kann. Reine Erbübel müssen entweder beide Paarlinge freilassen oder aber beide befallen. Der Vergleich großer Serien von Zweieiigen mit solchen von Eineiigen kann darüber belehren, welchen Anteil an der Entstehung einer Krankheit die Anlage, welchen die Umwelt hat.

Inwieweit die Annahme, Eineiige seien erbgleich, berechtigt ist, kann nicht mit Sicherheit entschieden werden. Die Erfahrungen an Tieren lassen sich nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen. Auffallend ist besonders die Häufigkeit spiegelbildlich asymmetrischer Merkmale bei Eineiigen. So ist Diskordanz der Händigkeit bei Eineiigen offenbar häufiger als bei Zweieiigen. Die Linkshändigkeit aber auf Grund der Zwillingsbefunde als paratypisches Merkmal zu betrachten, wie *Siemens* das tut, würde voraussetzen, was zu beweisen wäre. Vielleicht spielt der Zeitpunkt der Fruchtanlagetrennung eine Rolle. Man müßte dann gewisse erbliche Unterschiede bei einer Anzahl von Zwillingen annehmen, die jedoch nicht über das Maß der erblichen Unterschiede zwischen den beiden Körperhälften hinausgehen. Die letzteren sind aber als sehr geringfügig anzusehen, viel geringfügiger, als man etwa vom ausgebildeten Organismus her schließen könnte. Auch bei Voraussetzung gewisser erblicher Unterschiede bleibt die Zwillingsmethode sehr wertvoll.

Eine zweite wesentliche Klippe der Zwillingspathologie ist die Schwierigkeit der Eiigkeitsdiagnose. In gewissen Fällen versagen auch die Eihautbefunde. Praktisch sind wir meist überhaupt ausschließlich

auf die mehr oder weniger große Ähnlichkeit angewiesen, die durch zahllose parakinetische Einwirkungen, vor allem schon solche im Mutterleibe und in der ersten Entwicklungszeit, verringert werden kann. Die Diagnose aus noch so feinen Einzelmerkmalen, etwa Papillarmuster, Handleisten, Kapillaren, wird immer trügerisch sein. Große praktische Brauchbarkeit hat dagegen die von *Siemens* ausgehende Methode, möglichst zahlreiche, polyid bedingte Merkmale zu vergleichen. Die sehr große Mehrzahl der auf diese Weise als identisch beurteilten Zwillinge ist auch für den naiven Beschauer „zum Verwechseln" ähnlich. Manche durch parakinetische Einwirkungen unähnlich gewordene Zwillinge können mit dieser Methode als identische erkannt werden. In Serienuntersuchungen verschwinden die vereinzelten möglichen Fehler. Auch bei kritischer Einstellung muß man die Grundlage, auf der die Zwillingspathologie baut, für tragfähiger halten als die meisten Ausgangsstellungen der Medizin.

Systematische Untersuchungen sind auch in der übrigen Medizin noch nicht in ausreichender Zahl gemacht worden. Mittelbar wichtig für die Psychiatrie ist die Tatsache, daß Eineiige sich hinsichtlich der endogenen Stoffwechselleiden ganz überwiegend konkordant verhalten. Immerhin sind auch für exquisit erbliche Anomalien, wie etwa Hexadaktylie und Dichromasie, diskordante Eineiige bekannt. Die bekannten weitgehenden Manifestationsschwankungen erblicher Leiden machen also auch vor Erbgleichen nicht halt.

Die psychiatrische Literatur enthält bisher reine Kasuistik und gibt daher eine ganz einseitige Auslese der positiv konkordanten Paare. Eine ohne weiteres verständliche Zusammenfassung der gesamten erreichbaren Literatur gibt die nebenstehende Tabelle.

Hervorzuheben ist folgendes: Auch für Schizophrenie und manisch-depressives Irresein sind diskordante eineiige Paare beschrieben worden. Bei dem einen schizophrenen Paar hat der kranke Zwilling tatsächlich eine Encephalitis epidemica mit schizoformen Symptomen. Von dem im Hinblick auf manisch-depressives Irresein diskordanten Paar war die kranke Schwester verheiratet und bekam im nächsten zeitlichen Zusammenhange mit der letzten Geburt ihre erste Melancholie, während die bis zum 80. Jahre gesunde Schwester nie geboren hat. Beim Mongolismus spricht die Gleichgeschlechtlichkeit aller positiv konkordanten Paare, die Diskordanz aller sicher Zweieiigen sehr ernstlich für die vorwiegend erbliche Bedingtheit. Bemerkenswert sind die beiden konkordanten Paare für Infektionspsychosen. Die Diskordanz zweier von drei bekannten Paaren spricht ernstlich gegen die ausschließlich erbliche Verursachung der Syringomyelie. Schon bei dem ganz kleinen Material kommt die Mitwirkung parakinetischer Einflüsse für die Epilepsien hübsch heraus. Die Befunde für Paralyse und Huntingtonsche Krankheit zeigen die Einseitigkeit bzw. die Gefahr der zufälligen Materialauslese.

Brauchbare Ergebnisse sind nur zu erwarten von systematischen Durchforschungen großer einheitlicher Personenkreise, wie sie jüngst *Luxenburger* vorgenommen hat. Dagegen bleibt die Kasuistik der Literatur wie die Zwillingskasuistik überhaupt sehr wertvoll für vergleichende klinische Betrachtungen. Mit wirklich guten Beobachtungen wird die ganze Reichweite der Pathoplastik und die Bedeutung der nachgeordneten genetischen Faktoren ebenso erkennbar werden wie die erbgenetische

Diagnose	Eineiige		Zweieiige		Unsichere		Sa.
	Concordant	Discordant	Concordant	Discordant	Concordant	Discordant	
Schizophrenie	27	2	3	5	7	2	46
Man.-depress. Irresein.	22	1	1	1	2	2	29
Melancholie i. R.	2	0	0	0	0	0	2
Epilepsie	3	2	—	—	2 (3)	1 (0)	8
Imbezillit. Idiotie	10	1	—	4	4	2	21
Infektionspsychose ...	2	—	—	—	—	—	2
Paralyse	—	—	1	—	1	1	3
Senile Demenz	1	—	—	—	—	—	1
*Huntington*sche Kht. .	1	—	—	—	—	2	3
Chorea minor	1	1	—	—	—	—	2
Myxödem u. Kretin...	2	—	—	—	—	1	3
Mongolismus	—	1?	—	21	5	4	31
Unklare Psychosen ..	1	—	—	—	3	—	4
Psychopathien	2	2	—	—	—	—	4
Hysterische Störungen	2	2	—	—	—	—	4
Zwangserscheinungen	—	—	—	—	1	—	1
Infantilismus	1	1	—	—	—	—	2
Neurol. Systemerkr. ..	4	—	—	1	2	1	8
Amaurot. Idiotie	—	—	—	1	—	—	1
Syringomyelie	—	2	—	—	1	—	3
Exogene Hirnkrankh..	4	1	—	1	2	1	9
	85	16	5	34	30	17	187

Zusammengehörigkeit von Syndromen und Symptomen. Die rein erblich bedingten Syndrome werden sich klar herausschälen lassen und allmählich werden wir die Grundsymptome und ihre Äquivalente erkennen lernen. Auch hier aber wird ein lebendiges Material fruchtbarer sein als jenes der Literatur.

Lange hat sich in der letzten Zeit hauptsächlich um die Erforschung der Grenzgebiete nach der Gesundheit hin und im Zusammenhange damit um „normale" Zwillingspaare bemüht. Die Erweiterung und Vertiefung der schon im vorigen Jahre berichteten Untersuchungen an kriminellen Zwillingen haben grundsätzlich Neues nicht gebracht. Nach den Zwillingsbefunden spielt für den Verfall in Kriminalität die Anlage eine größere Rolle, als man heute gern annimmt. Entsprechend sind noch sehr spärliche Erhebungen an Fürsorgezöglingen ausgefallen. Die Verfolgung der erreichbaren psychopathischen und hysterischen Zwillingsprobanden der Genealogischen Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie ergab bei Eineiigen häufig Konkordanz auch hinsichtlich der durch die klinische Beobachtung herausgehobenen Merkmale. Fruchtbar war hier nur die sehr eingehende Aufhellung der Vorgeschichten. Die einfache Auszählung grober Merkmale versagt.

Daß die Zwillingsmethode wesentliche Aufschlüsse über den Aufbau der reaktiven Geistesstörungen bringen müsse, wurde schon im vorigen Jahre ausgeführt. In der Erkenntnis, daß man ohne sehr eingehendes Wissen um Gleichheiten und Verschiedenheiten normaler Zwillinge gerade hier groben Irrtümern ausgesetzt sein werde, wurden Untersuchungen an „Normalen" eingeleitet. Über mehr als 20 Paare liegen sehr eingehende Erhebungen vor, ganz abgesehen von Kriminellen und Psychopathen. Es ergab sich freilich, daß Menschen ohne jede seelische Bruchstelle offenbar zu den extremsten Seltenheiten gehören.

Die kurz referierten Angaben der Literatur über die intellektuelle Leistungsfähigkeit der Zwillinge sind offensichtlich im wesentlichen von der Einstellung auf Übereinstimmung getragen. Daß dies häufig auch für die Lehrer gelten dürfte, ist für die Beurteilung der Schulzeugnisse wichtig. Die eigenen Untersuchungen ergaben unerwartet häufige und wichtige intellektuelle Unterschiede. Sind sie ausgesprochen, so gehen sie offenbar nicht am Gesamtverhalten, ja an der Charakterentwicklung vorbei. Mehrfach wurde etwa die ganz systematische Ausbildung ganz kleiner technischer Begabungen bei dem weniger begabten Zwilling gefunden. Entsprechendes gilt aber auch für einen erwachsenen tüchtigen Künstler, dessen Bruder ein materiell eingestellter Kunsthandwerker wurde, und ist wahrscheinlich noch für einen zweiten Fall (Mitteilungen von *Siemens*). Gewisse ursprüngliche Charakterunterschiede spielen dabei wohl eine Rolle. Die größere Stetigkeit, der Fleiß entschied.

Die Beurteilung der Charaktere steht vor großen Schwierigkeiten. Die Einstellung der Untersuchten wie der Umgebung geht meist auf die Übereinstimmungen, die durch ein vielfach erstaunliches „Wirerleben" der Zwillinge gefördert wird. Lenkt man die Eigen- und Fremdbeobachtung auf die Unterschiede, so werden diese wieder zu kraß gesehen. Wirklich brauchbare Urteile ermöglicht daher nur die Prüfung an den großen Lebensproblemen, etwa Beruf, Sexualität, Ehe. Hierbei ergeben sich nun neben nicht ganz seltenen Ausnahmen in der großen Mehrzahl überraschend gleichartige Verhaltensweisen und vor allem auch Entwicklungen. Für gleichartiges Berufsverhalten gibt schon die Literatur einige kennzeichnende Beispiele. Allgemein ist aber die Regel, daß die Berufslebenslinien grundsätzlich gleich verlaufen, etwa stetig aufwärts, oder aber mit einem Knick an dieser oder jener Stelle, oder etwa daß beide Zwillinge durch ihre abnorm große oder geringe äußere Beeinflußbarkeit sich auszeichnen.

Für die Sexualität ergeben sich ganz ähnliche Verhältnisse: gleichzeitiges Erwachen, gleiche Schwierigkeiten und gleiche Wege der Überwindung sind häufig. In einem Falle waren beide Zwillinge eine Strecke ihres Lebensweges hindurch invertiert.

Noch verblüffender sind die Befunde über das Eheleben. Es gibt Fälle, in denen die Zwillinge den gleichen Sexualpartner haben. Ganz unabhängig von der Art der Ehegatten sind die ehelichen Konflikte die gleichen, etwa mangelndes Verständnis, Schwiegermutterkomplex, Pantoffelheldentum u. a. Es kommt jedoch, ganz abgesehen von gröberen Unterschieden, auch vor, daß die Zwillinge sich den Ehegatten anähneln, wohl auf Grund ursprünglicher Charakterunterschiede.

Nach alldem scheint es, als ob die Zwillinge trotz wesentlicher Ober-

flächenunterschiede in den tiefen Schichten ihres Wesens überwiegend häufig gleichartig sein müssen. Zugleich wird offensichtlich, daß bei dem, was wir für gewöhnlich Erlebnis nennen, das rein äußere Geschehen eine untergeordnete Rolle spielt.

Dem entsprechen auch die Befunde für die Neurosen. Hysterische Störungen sind nicht selten überraschend gleichartig, selbst wenn die Zwillinge fern voneinander erkranken. Auch für die Symptomwahl scheint die Anlage eine große Rolle zu spielen. Auf der anderen Seite wird auch die Wandelbarkeit hysterischer Störungen deutlich erkennbar. Bei Diskordanz hinsichtlich der hysterischen Anfälle scheinen Begabungsunterschiede und solche im vasomotorischen Verhalten wichtig. Von zwei paranoiden Kriminellen entwickelte derjenige eine ausgesprochen paranoisch-querulatorische Reaktion, der eine sehr lange Strafzeit hatte, während der andere jeweils am Ende seiner mehrfachen 4jährigen Strafzeiten zunehmend schwierig wurde. In einem anderen Falle wirkten ursprüngliche, wohl auf Grund einer frühkindlichen Hirnschädigung entstandene Charakterunterschiede und Erlebniswirkungen zusammen, den ungünstiger veranlagten Zwilling vorübergehend paranoisch reagieren zu lassen mit dem schließlichen Erfolge einer Weiterentwicklung der Persönlichkeit im Sinne des schon vorhandenen Unterschiedes. Neben einem hinsichtlich Zwangserscheinungen konkordanten Paare fand sich eine Beobachtung mit extremer Diskordanz. Die kranke Zwillingsschwester ist die von jeher depressivere. Sie hat eine sicher schwere Geburtsschädigung erlitten, war immer nervöser, masturbierte vom 4. Lebensjahre ab und wurde zwangsneurotisch nach Aufklärung gelegentlich der ersten Beichte. Auch hier also ist ein kompliziertes Zusammenwirken von ursprünglichem Persönlichkeitsunterschied und Erlebniswirkungen maßgebend.

Wie in den genannten Fällen ließen sich grobe Persönlichkeitsunterschiede, wo ihnen des näheren nachgegangen werden konnte, auf schwere parakinetische Einwirkungen zurückführen. Schon die Geburt ist eine ernste Klippe für Zwillinge, von denen ein auffallend hoher Prozentsatz tot zur Welt kommt bzw. im ersten Lebensjahre stirbt. Die Geburtshirnschäden sind ja bekannt. Es scheint, daß ventrikelnahe Schäden häufig sind und zu vegetativen Unterschieden führen. Ein Fall von Diskordanz hinsichtlich der Homosexualität ließ sich so klären. Der Invertierte hatte, abgesehen von gewissen femininen körperlichen Merkmalen, auch seelisch weiblichere Züge. Geringer ausgeprägt fanden sich solche Differenzen, jeweils zusammen mit gewissen körperlichen Unterschieden, auch bei anderen Paaren. Kleinerem Schädelumfang und größerer Unterlänge entsprach mehrfach die größere Erregbarkeit. Hier ergibt sich also ein klarer Zugang zu den Problemen des psychophysischen Persönlichkeitsaufbaus, der besonders wichtig ist, weil es sich meist um Erscheinungen noch im Bereiche der Norm handelt, die nur durch Vergleich mit dem Partner erkennbar werden. Von hier aus wird vielleicht auch in die Ursachenlehre der endogenen Psychosen Licht kommen.

Daß im Vergleich zur Anlage und zu den groben parakinetischen Einwirkungen, besonders solchen, die am Hirn angreifen, reine Erlebniswirkungen sich nur in einem engen vorgezeichneten Rahmen abspielen, dafür sprechen die, freilich immer noch spärlichen Beobachtungen an

getrennt aufgezogenen Zwillingspaaren. *Galton* dürfte in vollem Umfange recht behalten.

b) *Luxenburger*-Basel: Vorläufiger Bericht über psychiatrische Serienuntersuchungen an Zwillingen.

Die Zwillingsliteratur über die sogenannten endogenen Psychosen ist in einem Punkte unzulänglich. Sie ist ausschließlich eine Monokasuistik, die bestenfalls zu einer plurikasuistischen Pseudostatistik wird. M. a. W.: man sammelt „interessante" Fälle und stellt sie, wenn man genügend solche Einzelfälle hat, zu Gruppenbeobachtungen zusammen. Es soll nicht bestritten werden, daß auch am gut beobachteten Zwillingspaar gewisse rein qualitative Studien wohl möglich und von hohem Erkenntniswert sind; zur Klärung quantitativer Verhältnisse, der Erbintensität einzelner Merkmale, der Polymeriefrage, zur Aufdeckung von Häufigkeitsbeziehungen reicht das kasuistische Material jedoch unmöglich aus, da es sich dabei um eine ganz eindeutige positive Qualitätsauslese im statistischen Sinne handelt. Besonders gefährlich wirkt sich dieser Fehler aus, wenn man glaubt, in solchen plurikasuistischen Reihen nun statistisch brauchbare Serien erblicken zu dürfen. Dies ist natürlich eine folgenschwere Täuschung; denn die Fehler einer gleichmäßig auf positive Auslese gerichteten Monokasuistik können durch plurikasuistische Zusammenfassung keinen statistischen Ausgleich erfahren. Sie potenzieren sich vielmehr in bedenklicher Weise.

Was notwendig ist, um den Erkenntniswert der zwillingsbiologischen Befunde wirklich voll ausnützen zu können, ist die Aufstellung lückenloser Serien von Zwillingen, bei denen wenigstens ein Paarling das auf seine Erblichkeit zu untersuchende Merkmal aufweist. Auf diese Weise werden nicht nur alle konkordanten Zwillinge erfaßt, sondern auch die diskordanten; eine Gegenüberstellung der Befunde bei gleichgeschlechtlichen und verschiedengeschlechtlichen und, wenn möglich, eineiigen und zweieiigen Zwillingen unter Berücksichtigung der Außenfaktoren muß dann Auskunft geben über alle einschlägigen Probleme.

Die Serien müssen repräsentativ sein:

1. In bezug auf die Häufigkeit der Zwillinge unter den Trägern des in Rede stehenden Merkmals.

2. In bezug auf die Häufigkeit von Gleichgeschlechtlichen und Verschiedengeschlechtlichen, von Eineiigen und Zweieiigen innerhalb der Zwillinge.

3. In bezug auf Konkordanz und Diskordanz der Zwillingspaare in dem zur Diskussion stehenden Merkmal.

Diese drei Bedingungen werden erfüllt durch direkte Zählung der Zwillinge unter den Probanden eines großen Zählbezirks, d. h. allen Merkmalsträgern, soweit sie in einen zeitlich und örtlich weit begrenzten Rahmen fallen.

Wir haben diese Untersuchung vorerst für die drei großen Erbpsychosen, Dementia praecox, Manisch-depressives Irresein und Epilepsie in Angriff genommen.

Von dem Probandenarchiv der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie (Kaiser Wilhelm-Institut) in München und dem genealogischen Laboratorium der Basler psychiatrischen Universitätsklinik ausgehend

haben wir vorerst von allen größeren bayrischen Anstalten, soweit sie nicht direkt von der Klinik München beliefert werden, Bestandslisten eines bestimmten Stichtages angefordert und durch systematische Anfragen bei den Pfarr- und Standesämtern für jeden einzelnen Kranken die Tatsache sichergestellt, ob er einer Zwillingsgeburt entstammt oder nicht. Auf diese Weise erhielten wir aus einem Material von 16382 Probanden 211 Zwillingsprobanden mit ihren Partnern. Die Dementia praecox war vertreten mit 6443 Probanden und 106 Zwillingsprobanden, das manisch-depressive Irresein mit 2030 Probanden und 38 Zwillingsprobanden, die Epilepsie mit 1058 Probanden und 19 Zwillingsprobanden. Der Rest gehört anderen Erkrankungen an und ist vorerst weder diagnostisch noch genealogisch völlig sichergestellt.

Haben wir nun die lückenlosen Serien von Zwillingen für die einzelnen Erbpsychosen aufgestellt und die Gleichgeschlechtlichen von den Pärchen getrennt, so erhebt sich das Problem, aus den ersteren die Eineiigen herauszuziehen, um diese erbbiologisch wichtigste Untergruppe gesondert studieren zu können. Statistisch ist die Schätzung der Zahl der Eineiigen unter den Gesamtzwillingen mit Hilfe der *Weinberg*schen Differenzmethode etwas sehr einfaches; man findet sie, indem man die doppelte Anzahl der Pärchen von der Gesamtsumme der Zwillinge subtrahiert.

Diese Methode nützt uns für die Feststellung der Eineiigkeit ad hominem nichts; sie hat aber den Wert einer zahlenmäßigen Kontrolle und ist für gewisse statistische Berechnungen unentbehrlich.

Die letzten Jahre haben gelehrt, daß die Feststellung der Eineiigkeit sowohl aus den Eihäuten als auch retrograd vom fertigen Phänotypus her eine recht unsichere Sache ist. Eihautbefunde sind nicht beweisend, weshalb auch eine wirklich überzeugende Nachprüfung der neueren Methoden, aus dem fertigen Phänotypus durch Heranziehung einfacher äußerlicher und sicher rein erblicher Merkmale die Eineiigkeit zu diagnostizieren, nicht vorgenommen werden kann.

Wir haben versucht, in einer Reihe von Fällen mit Hilfe deskriptiver und messender Methoden, durch wissenschaftliche Photographie, Studium der Papillarmuster und Feststellung des individuellen quantitativen Wertes nach *Bonnevie*, besonders eingehender Berücksichtigung der dermatologischen Methode von *Siemens* und einer genauen komparativen Betrachtung des körperlichen und seelischen Werdeganges der Zwillinge die Wahrscheinlichkeitsdiagnose der Eineiigkeit zu stellen. Auch die Blutgruppe kann zur Eineiigkeitsdiagnose mit herangezogen werden, solange nicht nachgewiesen ist, daß sie im Laufe des Lebens unter der Einwirkung von Außenfaktoren eine Änderung zu erfahren vermag. Beweisend — und zwar für Zweieiigkeit — ist natürlich nur Diskordanz, während Konkordanz nichts besagt. Aber abgesehen davon, daß ein solches Vorgehen nur möglich ist, wenn beide Zwillinge leben, erreichbar und willens sind, sich einer so eingreifenden Untersuchung zu unterziehen, bleibt die Entscheidung über die Eineiigkeit letzten Endes immer noch eine subjektive Angelegenheit. Man sieht sich in der Lage eines Richters, den auch eine weitgehende Beratung durch Sachverständige aller Art doch nicht vor der Möglichkeit eines Fehlurteils zu schützen vermag.

Nehmen wir einmal an, wir könnten mit dieser kombinierten Methode

wirklich die Eineiigkeit feststellen, so bleibt doch ein großer Teil der Zwillinge nicht untersuchbar. Gerade die psychiatrische Zwillingsforschung hat unter diesem Mißstand zu leiden, da sie wegen der spätliegenden und ausgedehnten Gefährdungsperiode der wichtigsten Psychosen auf ein altes Material angewiesen ist, bei dem die Wahrscheinlichkeit, daß beide Partner noch am Leben sind, nur eine geringe ist. Außerdem sind die Methoden auf lebende Zwillinge in vorgerücktem Alter fortschreitend weniger gut anwendbar, da mit den Jahren die den Phänotypus modellierenden oft verschieden stark wirksamen Außeneinflüsse immer störender ins Gewicht fallen. Schließlich müssen wir in den Familien Geisteskranker und gerade bei den Partnern geisteskranker Zwillinge mit einer größeren Refraktion der Untersuchung gegenüber rechnen als bei Forschungen, die ein harmloseres körperliches oder psychisches Merkmal zum Gegenstand haben. Es bleibt daher oft nichts übrig als sich auf die Angaben über Ähnlichkeit, Verwechslung als Kinder, in günstigen Fällen über mehr oder weniger zuverlässige Schilderung der Pigmentverhältnisse, von Neigungen und Gewohnheiten, Anomalien und Erkrankungen usw. zu beschränken. Geht es sehr gut, so erhalten wir Bilder; aber oft sind diese Photographien alt, verblaßt, verschiedenes Alter, verschiedene Größe der Objekte im Bild, verschiedene Haltung, Stellung, Beleuchtung schaffen Fehlerquellen.

Die Erfahrungen, die wir bei unsern Versuchen der Eineiigkeitsbestimmung machen mußten, haben in uns die Überzeugung sich festigen lassen, daß der sicherste Weg noch die Diagnose e contrario ist. Wenn wir aus den Gleichgeschlechtlichen alle diejenigen Zwillinge ausschalten, für welche auffallende und bezeichnende Verschiedenheiten besonders in monomeren erblichen Merkmalen sich feststellen ließen oder mitgeteilt wurden, so bleibt ein Rest, in welchem wir mit ziemlicher Sicherheit alle Eineiigen zu suchen haben werden, wenn er sich auch mit diesen nicht vollkommen deckt. Engen wir nun diese Restgruppe der Ähnlichen noch weiter ein, indem wir in die endgültige Gruppe der „Identischen" nur diejenigen aufnehmen, die wir selbst untersuchten und als in den wichtigsten Punkten übereinstimmend bezeichnen konnten, und jene, über welche die positive Angabe gemacht wurde, daß sie als Kinder verwechselt werden konnten und bei denen diese Angabe durch gute Photographien sich bestätigen ließ, so werden die beiden großen Gruppen der Verschiedengeschlechtlichen plus unähnlichen Gleichgeschlechtlichen auf der einen und der „identischen" Gleichgeschlechtlichen auf der anderen Seite mit hoher Wahrscheinlichkeit den hypothetischen Gruppen der Zweieiigen und Eineiigen nahekommen. Der verbleibende, nicht sicher diagnostizierbare Rest wird sich bei fortschreitender Untersuchung immer mehr einengen und schließlich zahlenmäßig so in den Hintergrund treten, daß er die aus den beiden Gruppen gewonnenen Erkenntnisse nicht mehr zu beeinträchtigen vermag.

Dieser Aufstellung sinnvoll gruppierter lückenloser Serien von Zwillingen parallel hat eine Sammelforschung ausgelesener Fälle aus Gebieten zu gehen, die nicht oder noch nicht in den Zählbezirk fallen. Zweck dieser Auslese von Zwillingen, die beide psychisch erkrankt sind, ist die Anreicherung des zu klinisch-komparativen Untersuchungen brauchbaren Materials. Statistische Schlüsse können aus dieser Gruppe nur

insoweit gezogen werden, als es sich um Probleme handelt, die sich an erkrankten Zwillingspaaren allein studieren lassen. Wir stellen den repräsentativen Serien also Reihen von beschränktem Repräsentationswert an die Seite, der Zwillingsstatistik eine Plurikasuistik, deren Erkenntniswert wir voll ausnützen können, ohne Gefahr zu laufen, aus einem nichtrepräsentativen Material zu weitgehend zu abstrahieren.

Über die Problemstellung gibt die in der Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. erfolgte Veröffentlichung in extenso Auskunft (116, 297).

Wenn wir über den bisherigen Stand unserer Untersuchungen einen vorläufigen Bericht erstatten, so werden wir aus der Fülle der Probleme nur diejenigen Punkte herausgreifen, in bezug auf welche das bis heute aufgelaufene Material schon vorläufige Schlüsse oder wenigstens plausible Ausblicke erlaubt.

Unter den 16382 Ausgangsfällen sind 6443 Schizophrene, 2030 Manisch-depressive und 1058 Epileptiker. An schizophrenen Zwillingsprobanden fanden wir 100 Einzelprobanden und 3 Fälle, bei denen auch der Partner schizophrener Zwillingsproband war, d. h. an sicherer Dementia praecox erkrankt war und in den zeitlich und örtlich begrenzten Zählbezirk fiel. Manisch-depressive Zwillingsprobanden fanden wir 38, und zwar 36 Einzelprobanden und einen Fall von Doppelprobanden; epileptische Zwillingsprobanden waren es 19.

Von den 106 schizophrenen Zwillingsprobanden besaßen 41 einen Partner, der vor Beginn der Gefährdungsperiode durch Tod aus der Beobachtung schied; es bleiben also für die an dieser Stelle mitzuteilenden Untersuchungen 65 Zwillingsprobanden mit erwachsenen Partnern. Von den 38 Manisch-depressiven bleiben 21, von den 19 Epileptikern 10.

Für die früh verstorbenen Partner gedenken wir später eine Absterbeordnung aufzustellen unter Berücksichtigung der Todesursachen; wir wollen heute nur erwähnen, daß die größere Kindersterblichkeit, die von mehreren Autoren und auch von uns in den Geschwisterschaften Epileptischer gefunden wurde, auch bei unseren Zwillingspartnern deutlich zum Ausdruck kommt. Bemerkenswert ist dabei, daß unter diesen acht klein gestorbenen Epileptikerpartnern kein einziger an Kinderkrämpfen gestorben ist oder gelitten hat; diese scheinen also entgegen früher geäußerten Vermutungen doch nicht die einzige Ursache für die größere Sterblichkeit der Epileptikergeschwister darzustellen.

Eine gesonderte Berechnung der Häufigkeit von Gleichgeschlechtlichen und Pärchen ist noch nicht bei allen Gruppen unseres Materials möglich, da das Geschlecht einiger kleinverstorbener Partner noch nicht sicher bekannt ist. Immerhin fanden wir in unserem bisherigen Münchner Material von 786 epileptischen Probanden unter 12 Zwillingen 5 einer Pärchengeburt entstammende oder 4,2 auf 10, während das gesamte Münchner Material außer Epilepsie zusammen nach einer vorläufigen Aufstellung 3,2 auf 10 liefert. Ebenso waren unter den 30 Familien, in denen sich gehäufte Zwillingsgeburten nachweisen ließen, 3 epileptische Familien, also 10% während der prozentuale Anteil der Epileptikerfamilien an dem gesamten bisherigen Münchner Material nur 7,8% ± 0,28% beträgt. Dabei handelt es sich in der Hauptsache wieder um verschiedengeschlechtliche Zwillinge, d. h. um sichere Zweieiige, für welche ja ein erbliches Moment wahrscheinlich rezessiver Natur in Frage kommt. In-

wiefern dieses auffallende Nebeneinander von gehäuften Zwillingsschwangerschaften und erhöhter Kleinkindersterblichkeit auch unter den Nichtzwillingen, das für die Epileptikerfamilien nicht bestritten werden kann, biologisch erklärbar ist, darüber hoffen wir später an Hand unseres vergrößerten Materials etwas aussagen zu können.

Kehrer hat dieses Phänomen, das auch bei der Myoklonusepilepsie getroffen wird, kürzlich für die Sippen von Huntington-Kranken hervorgehoben. Es ist sehr interessant, daß beide Erkrankungen in einer gewissen klinischen und genealogischen Beziehung zur Epilepsie stehen; wir möchten in diesem Nebeneinander von erhöhter Kindersterblichkeit und Häufigkeit vorwiegend zweieiiger Zwillingsgeburten ein charakteristisches biologisches Syndrom für den epileptischen Erbkreis erblicken.

Machen wir uns ein Bild von der Häufigkeit der Zwillingsprobanden unter den Schizophrenen, Manisch-depressiven und Epileptikern im Vergleich mit den Verhältnissen der Gesamtbevölkerung, so müssen wir zuvor eine prinzipielle Korrektur für die Ziffer der letzteren vornehmen, weil uns ein Vergleichsmaterial von gleichem Altersaufbau vorerst noch fehlt.

Da wir nämlich mit unserer Methode nicht alle geborenen Zwillinge, sondern nur diejenigen erfassen können, von denen mindestens ein Partner in die für die betreffende Psychose geltende Gefährdungsperiode eingetreten ist, die Ziffer der Gesamtbevölkerung aber aus den Geburten errechnet wurde, so müssen wir für die Gesamtgeborenen die Erlebenserwartung des für die Psychose gültigen durchschnittlichen Erkrankungsalters feststellen und mit dieser Erlebenserwartung die aus den Geborenen errechnete Ziffer korrigieren.

Da im Alter von 20 bis 36 Jahren die Sterblichkeit minimal ist und hier ein Unterschied zwischen Einlingen und Zwillingen kaum mehr besteht, genügt es, bei allen drei Gruppen die Erlebenserwartung des 20. Lebensjahrs als Korrigens für das Vergleichsmaterial zu nehmen.

Für das Alter von 20 Jahren ist die Erlebenswahrscheinlichkeit etwa = 0,7.

Nach *Weinberg* erleben 1 · 0,7 Zwillinge das Alter von 20 Jahren, wenn 1 Einling dasselbe erlebt. Somit wird die Erlebenswahrscheinlichkeit für Zwillinge = 0,7 . 0,7 = 0,5.

Nachdem in Bayern nach der großen Statistik der Geburten 1 Zwilling auf 40 Geborene trifft, so erhalten wir für das 20. Lebensjahr eine Zwillingshäufigkeit der Gesamtbevölkerung von einem Zwilling auf rund 56 Erlebende.

Unter 6443 Dementia praecox-Probanden fanden wir einen Zwilling auf 60,8 Probanden, für das manisch-depressive Irresein errechnet sich eine Zwillingshäufigkeit von 1 : 53,4 und für die Epilepsie eine solche von 1 : 55,7.

Die Ziffern stimmen in Anbetracht der erheblichen Fehlerbreite unserer Zahlen mit der Erwartung gut überein.

Es geht also nicht an, aus ihnen einen positiven Einfluß der Zwillingsschaft auf den Eintritt der drei großen Erbpsychosen oder umgekehrt einen Abmangel infolge der Wirkung von Letalfaktoren zu erschließen.

Unter unseren 106 schizophrenen Zwillingsprobanden besitzen

65 einen erwachsenen Partner. Von diesen 65 Partnern sind 20 verschiedengeschlechtlich und 45 gleichgeschlechtlich. 13 waren unter letzteren als sicher unähnlich, bzw. als nicht ähnlicher wie Geschwister zu bezeichnen; sie wurden in die Gruppe der „nicht Identischen“ aufgenommen. Eine auffällige, weit über das bei Geschwistern übliche Maß hinausgehende Ähnlichkeit ließ sich bei 17 Gleichgeschlechtlichen feststellen. Diese sind die „identischen“ Zwillingspartner unserer vorläufigen Aufstellung. Für einen Rest von 15 Gleichgeschlechtlichen ließ sich ein sicheres Urteil über die Ähnlichkeitsverhältnisse noch nicht fällen; bei 5 von diesen vermuten wir, daß sie sich im Verlaufe der Untersuchung noch als identisch herausstellen werden.

Betrachten wir die psychiatrische Qualität der verschiedenen Partnergruppen vorerst ohne Rücksicht auf den Umstand, ob der Partner die Gefährdungsperiode schon überstanden hat oder nicht, so finden wir unter den 20 Verschiedengeschlechtlichen (= sicher Zweieiigen) 17 Unauffällige, 3 irgendwie Auffällige und zwar 1 Sonderling und 2 anders Abnorme (d. h. einen nicht näher bestimmbaren Psychopathen und 1 Hysterie). Die 13 nichtidentischen Gleichgeschlechtlichen (= vermutlich Zweieiigen) gliedern sich in 9 Unauffällige, 4 irgend Auffällige, und zwar in 2 Sonderlinge und 2 anders Abnorme (einen sicher nicht schizoiden Psychopathen und einen Manisch-depressiven). Auf 10 berechnet, stimmen die Ziffern dieser beiden Gruppen in Anbetracht des kleinen Materials gut überein, ein Befund, aus welchem wir einen günstigen Schluß auf die Zuverlässigkeit der Abgrenzung der „identischen“ Zwillinge ziehen dürfen.

Fassen wir die beiden Gruppen zur großen Gruppe der wahrscheinlich Zweieiigen zusammen, so erhalten wir 7,9 auf 10 Unauffällige, 2,1 auf 10 irgend Auffällige, 0,9 Sonderlinge und 1,2 anders Abnorme. Schizophrene finden wir unter ihnen bis heute nicht. Da diese wahrscheinlich zweieiigen Partner biologisch als Geschwister von Schizophrenen zu werten sind, muß die Häufigkeit der Dementia praecox unter ihnen gleich derjenigen unter Geschwistern sein. Wir fanden bei erwachsenen Geschwistern von schizophrenen Probanden, die ohne Rücksicht auf die Qualität der Eltern erfaßt waren, eine Häufigkeit der Dementia praecox von 0,04; man könnte also unter 33 wahrscheinlich Zweieiigen wohl schon eine Dementia praecox erwarten, doch ist zu bedenken, daß einmal das Material noch zu klein ist für eine solche Gesetzmäßigkeit und daß es sich zum zweiten um Populationen handelt, die wohl beide ohne Rücksicht auf die Beschaffenheit der Eltern, aber auch ohne Rücksicht auf die Gleichheit der Zusammensetzung des jeweiligen Elternkollektivs gewonnen sind. Korrekter wäre der Vergleich der zweieiigen Partner mit den eigenen Geschwistern; dieser bleibt einer späteren Veröffentlichung vorbehalten. Wichtig ist in Anbetracht der im Folgenden mitzuteilenden Befunde die Feststellung, daß wir unter den wahrscheinlich Zweieiigen keinen Fall von Dementia praecox finden und zwar auch dann nicht, wenn wir diejenigen Partner gesondert betrachten, die sich zur Zeit des Ausscheidens aus der Beobachtung schon jenseits der Gefährdungsperiode befanden, deren Schicksal hinsichtlich der Erkrankung an Dementia praecox mit hoher Wahrscheinlichkeit also schon erfüllt ist.

Ganz anders nimmt sich das psychische Bild aus, das die Gruppe

der „Identischen" bietet. Unter den 17 identischen Partnern stehen 2 Unauffällige (1,2 a. Z.) 15 (8,8 a. Z.) irgendwie Abnormen gegenüber; wir finden also Verhältnisse, die den bei den wahrscheinlich Zweieiigen erhobenen annähernd reziprok sind. Noch bedeutsamer wird aber das Ergebnis, wenn wir die Auffälligen näher betrachten: sie setzen sich nämlich zusammen aus 2 Sonderlingen, 3 wahrscheinlich und 10 sicher Schizophrenen, so daß wir eine Brutto-Dementia praecox-Ziffer von 13 = 7,6 a. Z. erhalten. Und greifen wir schließlich aus den Identischen diejenigen heraus, welche die Gefährdungsperiode schon hinter sich haben, also als schicksalserfüllt angesehen werden können, so erhalten wir unter 10 Partnern 9 Schizophrene (3 wahrscheinliche und 6 sichere) und nur einen Unauffälligen. Bei diesem einen unauffälligen Partner war nach dem Krankenblatt des Probanden zudem die Möglichkeit nicht ganz auszuschließen, daß es sich bei diesem eventuell um eine reaktive Psychose eines Schizoiden handeln könnte. Wir mußten uns indessen gleichwohl aus guten Gründen zur Diagnose einer Dementia praecox entschließen. Zu bemerken ist auch, daß jener Partner schon im Alter von 43 Jahren durch Tod aus der Beobachtung schied, die Möglichkeit einer Erkrankung bei längerer Lebensdauer also noch nicht mit voller Sicherheit auszuschließen ist.

Wir dürfen somit feststellen, daß die Zwillingspartner aller unserer sicheren Schizophrenen, für welche die Herkunft aus einer befruchteten Eizelle höchst wahrscheinlich gemacht werden konnte, nach vollkommener Absolvierung der Gefährdungsperiode ebenfalls an Dementia praecox erkrankt sind.

Werfen wir schließlich noch einen Blick auf die Restgruppe derjenigen Gleichgeschlechtlichen, für welche die Diagnose der Ähnlichkeit nicht befriedigend gestellt werden konnte, so finden wir hier unter 15 Partnern 13 Unauffällige, 1 Sonderling und 1 wahrscheinlich Schizophrenen. Bei dem letzteren ist zu bemerken, daß wir nach Fertigstellung der Tabellen noch eine Nachricht erhielten, nach welcher er seinem Zwillingsbruder „gut ähnlich" sein soll. Es ist nicht ausgeschlossen, daß weitere Erhebungen ihn ebenfalls als „identisch" erscheinen lassen werden.

Schon eine getrennte Untersuchung der Pärchen und Gleichgeschlechtlichen läßt wichtige und charakteristische Unterschiede erkennen. Auch derjenige, der die Möglichkeit einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose der Eineiigkeit am fertigen Phänotypus nicht anzuerkennen vermag, wird also die Zwillingsforschung zum Studium erblicher Bedingtheiten heranziehen können. Tiefer in die Art und Intensität der Erblichkeit wird er allerdings dabei nicht eindringen.

Da die Zwillingsforschung mit in erster Linie zur Klärung der so wichtigen Frage der Polymerie oder Monomerie herangezogen werden kann und wir in einer Methode *Weinbergs* einen verhältnismäßig einfachen Weg zu diesem Ziele besitzen, wollen wir versuchen, an unserem Material soweit zu diesem Problem Stellung zu nehmen, als seine Größe dies schon ermöglicht.

Vor allem ist es von Bedeutung, zu erfahren, inwieweit der für die Dementia praecox charakteristische Genotyp Aussicht besitzt, im Phänotypus in die Erscheinung zu treten. Die

Proportionen, die *Rüdin* für die Geschwisterschaften Schizophrener errechnet hat, sind, was das Problem der Merie anlangt, solange noch vieldeutig, als wir über keine plausiblen Ziffern für die Manifestationswahrscheinlichkeit der Dementia praecox verfügen. Niedrige Manifestationswahrscheinlichkeit würde die Möglichkeit eines einfach rezessiven Erbgangs offen lassen, während eine hohe nur dann mit der Annahme von Monomerie vereinbar wäre, wenn sich eine erhebliche Letalauslese der Merkmalsträger vor Beginn der Gefährdungsperiode nachweisen ließe. Hohe Manifestationswahrscheinlichkeit bei geringer Letalauslese zwingt dazu, die *Rüdin*schen Proportionen im Sinne einer Polymerie zu deuten.

Wir müssen somit die Manifestationswahrscheinlichkeit der Dementia praecox errechnen.

Zuerst geben wir die Berechnung der Erwartung. Finden sich unter 6443 Probanden 106 Zwillingsprobanden, so sind nach der Differenzmethode 34 zweieiige gleichgeschlechtliche Probanden und 38 eineiige anzunehmen. Wir müssen, wenn wir mit der von uns festgestellten empirischen Erkrankungswahrscheinlichkeit bei Geschwistern von Probanden mit nichtausgelesenen Eltern arbeiten, erwarten, daß von den Partnern dieser 34 zweieiigen Probanden in der Gefährdungsperiode 34 . 0,04 . 0,7 . 0,7 = 0,68 Personen an Dementia praecox erkranken werden. 0,7 . 0,7 ist, wie erinnerlich, die entsprechende Erlebenswahrscheinlichkeit für Zwillinge. Da wir unter den gesamten Gleichgeschlechtlichen 14 Dementia praecox-kranke Partner haben, so wären also unter den 38 . 0,7 . 0,7 = 19 überlebenden Partnern der 38 Eineiigen 14 — 0,68 = 13,32 Schizophrene zu erwarten. Hieraus errechnet sich eine Manifestationswahrscheinlichkeit von 0,7. *Weinberg* schätzt aus seinem Material von 5000 Schizophrenen, unter denen er 100 Zwillingsprobanden annimmt, auf Grund von 8—10 schizophrenen Paaren eine Wahrscheinlichkeit von 0,59—0,75; er arbeitet dabei mit der *Rüdin*schen Proportion bei Heterozygotenkreuzung. Unsere Berechnung deckt sich also mit der Schätzung *Weinbergs* ganz auffallend.

Vergleichen wir diese errechnete Erwartung mit der Erfahrung, so finden wir außer den 17 „identischen" Partnern über 20 Jahren unter den 15 der Restgruppe 5, die sich, wie schon erwähnt, im Verlaufe der weiteren Untersuchung möglicherweise noch als „identisch" herausstellen werden. Von diesen 22 wahrscheinlich Eineiigen sind 14 schizophren. Somit erhalten wir eine Manifestationshäufigkeit von $\frac{14}{22} = 0{,}64$. Die Ziffer der Erfahrung stimmt mit der theoretisch zu erwartenden denkbar gut überein.

Wir können also — zumal wenn wir uns an die von uns festgestellte fast absolute Manifestationssicherheit nach absolvierter Gefährdungsperiode erinnern — auf Grund unseres Materials *Weinberg* beipflichten, wenn er sagt, daß die Dementia praecox-Proportion *Rüdins* mit Monohybridismus nicht vereinbar ist, falls man nicht eine starke fötale oder jugendliche Letalauslese annehmen will.

Um uns über diese Letalauslese ein Urteil zu bilden, berechnen wir die verhältnismäßige Häufigkeit zweieiiger Zwillinge bei Dementia praecox unter Berücksichtigung der Erhaltungswahrscheinlichkeit; denn diese verhältnismäßige Häufigkeit kann uns nach dem früher Gesagten einen Aufschluß über die Letalauslese geben.

Die Häufigkeit der nach der Differenzmethode errechneten Zweieiigen ist in unserem Material 68 : 6443 = 0,011; da sie in der Gesamtbevölkerung, wie leicht zu errechnen, für Erlebende des 20. Jahres 0,012 beträgt, so errechnet sich eine vergleichsmäßige Häufigkeit zweieiiger Zwillinge bei Dementia praecox von 0,9.

Setzen wir nun die sicher Zweieiigen, d. h. die Verschiedengeschlechtlichen in Rechnung, so erhalten wir eine Ziffer von 0,84 statt der Erwartung 1,00.

Diese empirisch gefundenen Ziffern stimmen mit den von *Weinberg* theoretisch unter Berücksichtigung der Korrelation der Erhaltung von Zwillingsgeschwistern errechneten Ziffer 0,808 gut überein.

Aus diesen Befunden, die sehr nahe an der Erwartung 1,00 herankommen, glauben wir nicht auf eine besonders starke fötale oder jugendliche Letalauslese der Merkmalsträger bei Dementia praecox schließen zu dürfen.

Das Fehlen einer starken Letalauslese bei einer so hohen Manifestationswahrscheinlichkeit verbietet aber strikte, die *Rüdin*schen Proportionen mit Monohybridismus erklären zu wollen. Es ist nach unseren Befunden ausgeschlossen, daß die Dementia praecox dem einfach rezessiven Erbgang folgt.

Diesen fundamentalen Schluß glauben wir heute schon aus unseren schizophrenen Zwillingsserien ziehen zu dürfen.

Aus der empirischen Manifestationshäufigkeit bei Abschluß der Gefährdungsperiode ist zu entnehmen, daß Außenfaktoren für die Genese der Dementia praecox, d. h. bei der Erfüllung des phänotypischen Schicksals eines genotypisch Schizophrenen überhaupt von geringer Bedeutung sind. Anderseits muß man aus der Tatsache, daß die Manifestationshäufigkeit bei den gesamten innerhalb der Gefährdungsperiode ausgeschiedenen Partnern schon schizophrener Probanden nicht etwa nahezu 1 wie im Moment des Abschlusses der Gefährdungsperiode, sondern nur 0,64 beträgt, entnehmen, daß bei der zeitlichen Fixierung des Erkrankungsbeginns innerhalb der Gefährdungsperiode oder zum mindesten bei der zur Diagnose hinreichenden Herausarbeitung der Krankheitsbilder paratypische Momente irgendwelcher Art eine nicht unbeträchtliche Rolle spielen.

Was die Manisch-Depressiven und die Epileptiker anlangt, so können wir uns kurz fassen, da unser Material zu Schlüssen statistischer Natur noch zu klein ist. Wir beschränken uns daher auf den Hinweis, daß auch beim manisch-depressiven Irresein die sicher konkordant erkrankten Partner sich unter den Identischen befinden.

Die als zweieiig zu bezeichnenden Partner der Epileptiker sind alle unauffällig.

Die Aufgabe dieses vorläufigen Berichts sehen wir darin, vor allem zu jenen Problemen Stellung zu nehmen, die nur an Hand von repräsentativen Serien bearbeitet werden können. Wir haben daher das Schwergewicht auf die möglichst exakte Berechnung von Häufigkeitsbeziehungen verschiedenster Art gelegt.

In zweiter Linie kommen die eingangs erwähnten Probleme von wiegend klinischer Natur, deren Studium der vergleichsweisen klinischer

Betrachtung erkrankter zweieiiger und eineiiger Zwillingspaare vorbehalten ist.

Hier deckt sich unsere Aufgabe im wesentlichen mit derjenigen der psychiatrischen zwillings-kasuistischen Forschung.

Wir wollen im Folgenden einige vorläufige Richtpunkte mit teilen, deren Aufstellung bei kritischer Betrachtung unserer Fälle und einiger wichtiger aus der Literatur uns heute schon gerechtfertigt erscheint, betonen aber ausdrücklich, daß es sich dabei um Erkenntnisse handelt, die noch nicht stabil genug sind, um nicht im weiteren Verlaufe unserer Untersuchungen eine Korrektur erfahren zu müssen.

Von der oft berichteten und uns etwas sensationell anmutenden „photographischen Treue" der geisteskranken, insbesondere schizophrenen identischen Zwillingspaare konnten wir bei kritischem Studium unseres Materials so gut wie nichts beobachten, wenn wir über die einzelnen Zustandsbilder hinaus die ganzen Verläufe oder wenigstens größere Abschnitte derselben einer vergleichenden Betrachtung unterzogen. Weitgehend ähnlich fanden wir dagegen die Präpsychose.

Der Beginn war zeitlich häufig sehr verschieden, sowohl bei identischen wie bei nicht sicher identischen Zwillingen, auch ohne daß Außenfaktoren auffallender Art sich nachweisen ließen.

Erfolgte die Ersterkrankung annähernd gleichzeitig, so handelte es sich bei Schizophrenen in der Regel um jugendliche Kranke. Solche zu Beginn der Gefährdungsperiode Erkrankte waren dann meist Hebephrene oder einfach Katatone mit sehr ähnlichen, wenn auch verschieden schweren Zustandsbildern. Je später die Psychose zur Diagnose kam, um so mehr wichen sowohl Zeitpunkt der Erkrankung als auch der Gesamteindruck des klinischen Bildes voneinander ab. Letzteres gilt auch für die als ähnliche Hebephrenien einsetzenden Fälle. Es erscheint nicht ausgeschlossen, daß die im Verlauf des Lebens ständig zunehmenden Außeneinflüsse, verbunden vielleicht mit den fortschreitenden Veränderungen im Körperhaushalt, einen Einfluß auf die große Gestaltung der Psychose ausüben können.

Auch die Remissionen wichen mit der Zeit bei den Partnern immer mehr voneinander ab, sowohl in Bezug auf Beginn, Verlauf und Abschluß als auch, was die Qualität anlangt.

Nur die Endzustände scheinen sich bei genügend lange beobachteten und ähnlich schwer erkrankten Zwillingen wieder mehr zu entsprechen, wenn sie auch verschieden rasch erreicht werden.

In bezug auf die Ähnlichkeit der großen Krankheitsbilder innerhalb der Dementia praecox stehen an der Spitze außer den hebephrenen Früherkrankungen jene katatonen Formen, die mit schweren Symptomen körperlicher Natur einhergehen, während identische Zwillinge, was gemischte und vorwiegend paranoide Krankheitsbilder anlangt, anscheinend nicht konkordanter sind als nichtidentische oder Geschwister. Ein identisches Zwillingspaar, bei dem der eine Partner eine reine Hebephrenie, der andere eine reine Frühkatatonie aufgewiesen hätte, kennen wir nicht. Im vorgerückteren Alter scheinen sich katatone und paranoide Bilder ganz zwanglos zu vertreten.

Sollte sich dieser unter allem Vorbehalt mitgeteilte Befund weiterhin bestätigen, so würde er gut zu den Beobachtungen stimmen, die wir über

den Krankheitsbeginn gemacht haben, da reine Katatonien und Hebephrenien meist früh, paranoide Formen aber häufig spät beginnen.

Es wäre dann nicht ausgeschlossen, daß die Dementia praecox als ein erbliches Merkmal aufgefaßt werden dürfte, das einer erheblichen, meist aber erst im vorgerückteren Alter sich geltend machenden Paravariabilität unterliegt, während seine reinen, von Außeneinflüssen wenig beeinflußten Phänotypen durch die hebephrenen und einfach-katatonen Frühformen repräsentiert würden. Für die Gestaltung des Einzelfalles würde der Zeitpunkt des Beginns dann eine nicht unbedeutende Rolle spielen; dieser aber ist, wie früher schon erwähnt, auch auf grund der zwillingsstatistischen Befunde als von Außeneinflüssen abhängig zu bezeichnen.

Was das manisch-depressive Irresein anlangt, so gilt über Beginn, Verlauf, krankheitsfreie Perioden und Ausgang das Gleiche wie für die Dementia praecox. Nur sind durchweg die Verschiedenheiten geringer, die Übereinstimmungen größer. Vor allem stimmt Beginn, Dauer und Intensität melancholischer Phasen oft gut überein. Vollkommen scheinen sich aber manische und melancholische Phasen bei den Partnern nicht zu decken; wir sehen gelegentlich, daß einem manischen Bilde bei dem einen zeitlich ein depressives bei dem andern entspricht. Nur das große Eindrucksbild der Psychose, ihr im ganzen manischer oder depressiver oder zirkulärer Charakter scheint stets gleich zu sein. Wir sahen — in einem auffälligen Gegensatz zu Psychosen bei Geschwistern — noch kein identisches manisch-depressives Zwillingspaar, bei welchem der eine Partner nur manisch, der andere nur depressiv gewesen wäre.

Was in unserem klinisch-komparativen Material an Symptomenkomplexen innerhalb der schizophrenen Psychosen bei erkrankten und vermutlich eineiigen Paarlingen immer wieder sowohl in bezug auf Qualität als auch auf Intensität sich gleich oder weitgehend ähnlich auszuprägen scheint, sind in erster Linie die schizophasischen Bilder und der halluzinatorische Komplex, Symptomgruppen, die nach *Kleist* als Hirnmantelkomplexe aufgefaßt werden dürfen. Es ist möglicherweise nicht ausgeschlossen, daß der halluzinatorische Komplex zusammen vielleicht mit gewissen Bildern der Schizophasie einem der für die Manifestierung der Dementia praecox bedeutsamen Anlagefaktoren entspricht.

Ob diese Affinität der beiden Symptomgruppen allerdings so weit geht, daß man sie als selbständigen Symptomenkomplex im Sinne von *Hoches* „Einheiten zweiter Ordnung" auffassen könnte, vermögen wir nicht zu entscheiden. Zu denken gibt immerhin die mögliche Ähnlichkeit der anatomischen Lokalisation.

Auf der andern Seite finden wir die auffallendsten Verschiedenheiten in bezug auf paranoide Syndrome und hyperkinetische wie hypokinetische Bilder. Stupor und Erregung scheinen sich bei schizophrenen identischen Paarlingen, auch bei den einfach katatonen Frühformen, zwanglos vertreten zu können, die Entstehung, die Ausbildung und das Schicksal paranoider Symptome möchten wir als in einem gewissen Grade durch Außeneinflüsse bestimmbar bezeichnen, hier scheint die Para-

variabilität eine nicht unerhebliche zu sein. (Das Referat wurde ausführlich in der Zeitschrift für die gesamte Neurol. u. Psych. veröffentlicht.)

16. *O. Löwenstein*-Bonn: Experimentelle Zwillingsuntersuchungen zur Kenntnis der psychophysischen Konstitution.

L. versucht in systematisch angelegten Serienuntersuchungen an eineiigen und zweieiigen Zwillingen die Frage zu entscheiden, ob es eine psychische und psychophysische Erbgleichheit überhaupt gibt und gelangt zu einer Bejahung dieser Frage. Die Untersuchungen bestehen aus drei verschiedenen Reihen. In der ersten und zweiten Reihe werden Merkmale der psychophysischen Konstitution untersucht, insbesondere die psychophysischen Reaktionen, die sich am Tonus der willkürlichen und der unwillkürlichen Muskulatur abspielen. Um Tonusschwankungen sichtbar zu machen, bedient er sich für die willkürliche Muskulatur der Methode der Registrierung von Haltungskurven, für die unwillkürliche Muskulatur der kinematographischen Aufzeichnung des Pupillenspiels. Dabei zeigt sich, daß bestimmten Bewußtseinszuständen bestimmte Tonusverteilungen innerhalb der Gesamtmuskulatur eindeutig zugeordnet sind, daß die Form dieser Tonusverteilung zwar im allgemeinen bei verschiedenen Individuen relative Verschiedenheiten, bei eineiigen Zwillingen aber weitgehende Übereinstimmungen aufweist. Aus diesen Feststellungen ergibt sich der Begriff des Tonusprofils bzw. der Tonusgestalt, d. ist einer wechselseitigen Abhängigkeit aller Tonusinnervationen sowohl voneinander als auch von bestimmten Bewußtseins- bzw. Affektzuständen. Diese „Tonusgestalten“ lassen sich als ererbt und vererbbar und als echte Merkmale der psychophysischen Konstitution erweisen. Alle sogen. „induzierten Tonusschwankungen“ (*Goldstein*) müssen — soweit sie eine physiologische Grundlage haben — zum mindesten in nuce in diesen „Tonusgestalten“ enthalten sein, aus denen klar wird, daß dem Gesamttonus eine eigene Struktur zukommt. In einer dritten Versuchsreihe werden die Besonderheiten der psychophysischen Reaktion, die hysterischen Persönlichkeiten eigentümlich sind, an eineiigen und zweieiigen Zwillingen untersucht und als idiotypische Merkmale erwiesen. (Erscheint ausführlich in der Monatsschrift für Neurologie und Psychiatrie.)

17. *Schulte*-Berlin: Zwillingspathologische Studien.

Ein Material von 19 Zwillingspaaren (10 sicher eineiige, 6 sicher zweieiige), zusammengesetzt aus Fällen von Schizophrenie eines oder beider Teile, Epilepsie, sowie solchen ohne pathologischen Befund, wurde mit folgenden Fragestellungen untersucht: Wie entwickelt sich im Rahmen der Zwillingsgemeinschaft die Charakterdifferenzierung beider Teile? — Welche Veränderungen treten ein in der Struktur dieser Gemeinschaft bei Erkrankung eines oder beider Teile? Zeigt sie schon vor der Erkrankung von der Norm abweichende Auffälligkeiten? Besteht hier eine Differenz zwischen ein- und zweieiigen? Tritt solche Veränderung bei allen Erkrankungen ein oder liegen für endogene Psychosen charakteristische Unterschiede vor? — Bestehen vielleicht, wieder vom Gesichtspunkte der Zwillingsgemeinschaft aus gesehen, typische Merkmale des Verhaltens o. a. in der prämorbiden Zeit? Und ändern diese sich während des Krankheitsverlaufs?

Offenbar gesetzmäßig entwickelt sich beim Aufwachsen im selben Milieu eine Differenzierung beider Teile im Verhalten der Umwelt wie dem andern Partner gegenüber, durch die für die Duogemeinschaft der Zwillinge in phänomenaler Hinsicht zuletzt eine gewisse Ähnlichkeit mit der Mann Frau-Gemeinschaft erreicht wird. Diese Differenzierung wird nicht wesentlich bestimmt durch „Anlage“-Momente des Temperaments, auch nicht durch Gebürtigkeit, sondern durch die (in einem bestimmten, näher erörterten Sinne) intellektuelle Befähigung. Es zeigt sich dann ferner, daß die Zwillingsbeziehungen bei zweieiigen, durch äußere Verhältnisse bestimmt, sich lockern, wieder festigen, ein polare Einstellung beider zueinander entwickelten, bei eineiigen dagegen mehr zu einem gleichwellig laufenden Nebeneinander werden. — Gegenüber diesen normalen Verhältnissen zeigt es sich in pathologischen Fällen, daß der Erkrankende bzw. zuerst Erkrankende schon in frühester Jugend vor der Erkrankung sich an den anderen Partner stärker fixiert, diesen notwendiger braucht zu Stellungnahmen usw. Und zwar bleibt diese Modifikation der Duostruktur starr in die Krankheit hinein bestehen, in gleicher Weise bei ein- und zweieiigen. Unterschiede zwischen ein- und zweieiigen fanden sich dagegen im Inhaltlichen der Psychose: bei zweieiigen zeigte sich das psychotische Verhalten des erkrankenden Partners teilweise oder völlig bestimmt durch eine Stellungnahme zum anderen, bei den eineiigen Schizophrenen dagegen war überhaupt keine Änderung solcher Stellungnahme bemerkbar. Vielmehr war der Partner ausgeschlossen aus den krankhaft veränderten Beziehungserlebnissen, eine Konfrontierung mit ihm pflegte eine starke, aus der gegenwärtigen Affekthaltung herausfallende, „einfühlbare“ Reaktion hervorzurufen. — Ähnlich sinnfällige Unterschiede zwischen ein- und zweieiigen fanden sich hinsichtlich der Reaktion des Gesundbleibenden auf die Erkrankung seines Zwillingspartners: bei den zweieiigen baldige Distanzierung, bei den eineiigen dagegen tiefgreifende depressive Verstimmungen von längerer Dauer.

Es erhellt bei solcher Verschiebung der Betrachtungsweise des psychiatrischen Zwillingsproblems, daß Persönlichkeitsunterschiede bei Erbgleichen, nicht nur auf differente Umwelteinflüsse zurückzuführen sind, sondern aus dem kontinuierlich während der Entwicklung gleichbleibenden Lebensmilieu erwachsen können. Sollten sich die Befunde bei Schizophrenen an größerem Material bestätigen, so scheinen sich eigentümliche Möglichkeiten zu eröffnen auf die Lokalisation jener Instanz innerhalb des Erlebniskomplexes „Ich“, in welcher schizophrenes Erleben geschieht. (Ausführl. in der Monatsschrift für Psychiatrie.)

18. *Friedemann*-Freiburg i. Br.: Hände von Zwillingen.

An den Händen dreier Zwillingspaartypen, die sich aus 18 untersuchten Paaren herausschälen ließen, werden verschiedene Ähnlichkeitsgrade demonstriert, die sich zur Entscheidung der Ein- oder Zweieiigkeit verwenden lassen.

Für Eineiigkeit sprechen: Kongruenz der Handform; Ähnlichkeiten der Handlinien bei Kongruenz der gröberen; Übereinstimmung der korrespondierenden Papillarlinienmuster, die weitgehender ist, als sie je bei Geschwisterpaaren oder sonst beobachtet werden konnte. Völlige Identität der Papillarlinienmuster hat nie bestanden. Meist fanden sich schon Dif-

ferenzen beim Auszählen der Linien. Immer fanden sich grobe Unterschiede bei Untersuchung der Minutien. Die Übereinstimmung der Muster betrifft meist die entsprechenden linken und rechten Hände der Zwillingspartner untereinander, nur einmal fand sich reine spiegelbildliche Symmetrie.

Aus der Literatur werden kurz die Untersuchungen von *Wilder*, *Heindl*, *Poll*, *Bonnevie*, *Carrière*, *Kuragami*, *Montgomery* und *Taku Komai* zitiert. Auch die Ergebnisse der letzteren lassen sich so verwerten, daß Übereinstimmung der entsprechenden linken und rechten Hände der Probanden zur Entscheidung der Eineiigkeit verwertet werden kann.

In Übereinstimmung mit *Lange*s Ergebnissen scheinen die Lebensschicksale eineiiger Zwillinge auffallende Verwandtschaft zu zeigen. Die Möglichkeit wird gestreift, an Hand der Zwillingsforschung charakterologische Merkmale zu verfolgen, wieweit sie bereits in der Anlage fixiert, durch Milieueinflüsse provoziert oder vielleicht erst geschaffen worden sind.

Zum Schluß wird die Forderung nach Daktyloskopie der Insassen von Irrenanstalten aufgestellt. Die einfache Methodik läßt sich nicht nur der wissenschaftlichen Erforschung dienstbar machen, vielmehr erscheint sie auch von kriminologischen Gesichtspunkten aus wünschenswert.

Aussprache zu den Referaten bzw. Vorträgen *Lange-Luxenburger*, *Löwenstein*, *Schulte*, *Friedemann*.

a) *K. G. Heimsoth*-Berlin: Ein Fall A- und k. H. wurde kurz geschildert mit Eineiigkeit, weitgehendster gleichartiger Konstitution bis mit 20 Jahren noch nicht gewechseltem dens. can. sup. sinistr. und mit bei beiden bestehendem Stirnhöhlenkatarrh. Trotzdem aber völlig verschiedene Charaktere. Andererseits ist eine Gleichheit von unbedingt äußeren Ereignissen nachzuweisen, wie auch auf einem Vortrag in Baden-Baden diesertage vom Diskussionsredner betont wurde.

Diskussionsredner proponiert die Astrologie als Entschlüsselungsmöglichkeit der psychischen Seite des Zwillingsproblems. (Siehe Dr. med. *Heimsoth*s Charakter-Konstellation im Verlag Otto Wilhelm Barth-München-Planegg.)

Im Abschluß wird für eine Identität nicht nur Geschlechtsgleichheit und Eineiigkeit als wichtig betont, sondern die Kürze zwischen den vollendeten Geburtszeitpunkten. Auf die Gleichzeitigkeit oder Gleichartigkeit von äußeren Ereignissen, letztere mit gleichbleibendem Zeitabstand, wird hingewiesen als sonst unerklärlich.

b) *Frhr. v. Verschuer*-Berlin: In der Frage der Erbgleichheit der EZ. (eineiige Zwillinge) gehen die Ansichten der Autoren insofern noch auseinander, als die einen annehmen, daß erbliche Differenzen zwischen EZ. die Regel und andere annehmen, daß sie die Ausnahme seien. Erbliche Verschiedenheit zwischen EZ. kann man sich nur durch erbungleiche Zellteilung oder durch eine Trennung der Embryonalanlagen auf einem Zellstadium mit bereits eingetretener Zelldifferenzierung und gleichzeitig erfolgender ungleicher Verteilung des Zellmaterials entstanden denken. Beide Ereignisse sind nach den heutigen allgemeinen biologischen Erfahrungen nur als Ausnahmen denkbar. Für die demnach als Regel anzunehmende Erbgleichheit des EZ. sprechen weiterhin folgende Beobachtungen: 1. die große Ähnlichkeit der EZ. bis ins hohe Alter; 2. wenn Erb-

verschiedenheit der EZ. die Regel wäre, dann müßte man regelmäßig bei allen Erbmerkmalen Differenzen erwarten; auch die Variabilität der einzelnen Gene oder Genkomplexe müßte alsdann etwa dieselbe sein, hiergegen sprechen meine Untersuchungen, die ergeben haben, daß der Grad der Verschiedenheit zwischen EZ. bei den einzelnen Merkmalen nur von ihrer Modifizierbarkeit abhängig zu sein scheint; 3. die Übereinstimmung zwischen EZ. scheint sogar größer zu sein als die zwischen r. und l. Körperhälfte (Korrelationen der Naevi und Papillarlinien); 4. asymmetrische Merkmale sind bei EZ. häufiger konkordant als diskordant. Die Annahme einer erheblichen Verschiedenheit der beiden Körperhälften muß daher abgelehnt werden. — Die Verschiedenheiten zwischen EZ. sind in der Regel als umweltbedingt anzusehen. Dabei sind die intrauterinen Verhältnisse ganz besonders zu berücksichtigen. Für die Form des Schädels, das Körpergewicht und die Körpergröße konnte ich zeigen, daß beträchtliche Verschiedenheiten, die nur durch die besonderen Verhältnisse der eineiigen Zwillingsschwangerschaft bedingt sind, später wieder zum Teil ausgeglichen werden. — Die größte Bedeutung der Zwillingsforschung liegt in der Analyse der Variabilität. Hier möchte ich auf die Methoden der Bestimmung des Anteils von Erbanlage und Umwelt an den Verschiedenheiten zwischen zweieiigen Zwillingen hinweisen, die von mir an anthropologischen Merkmalen durchgeführt wurden, aber auch für geistige und psychische Eigenschaften anwendbar sind.

c) *Hahn*-Frankfurt a. M. weist darauf hin, daß die Unterschiede mit den Jahren größer werden und folgert daraus, daß nicht nur organische Schädigungen, sondern auch die psychischen Umgebungseinflüsse eine Bedeutung haben, die wir heute noch nicht abschätzen können. In anscheinend recht verschiedenen Erscheinungen können noch viel gleiche Elemente enthalten sein, die nur unter verschiedenen Einflüssen verschieden stark zur Entwicklung oder auch nur zur Abhebung gelangen. Bei Zw.Kindern ist anscheinend das affektive Verhalten leichter modifizierbar als das intellektuelle, Charakter und Temperament erweisen sich weitgehend als „Einstellungen“, nicht als Erbeinheiten oder feste Koppelungen. Eineiigkeit ist von grundsätzlicher Bedeutung. Sie darf auf Grund der Übereinstimmungen angenommen, aber nicht auf Grund von Unterschieden von vornherein ausgeschlossen werden, weil wir heute noch nicht wissen, wie weit solche exogen bedingt sein können.

d) *Bonhoeffer*-Berlin: fragt, ob Anhaltspunkte dafür bestehen, daß der Häufigkeitsprozentsatz der Dementia praecox bei eineiigen Zwillingen größer ist als in der Gesamtbevölkerung, mit andern Worten, ob die Zwillingseineiigkeit zu Schizophrenie disponiert.

e) *W. Weinberg*-Stuttgart: Zwillingspathologie und Dementia praecox. Für die Beurteilung des Bestehens von Monomerie oder Polymerie ist es wichtig zu wissen, wie häufig ein bestimmter Genotypus Aussicht hat, sich phänotypisch zu offenbaren. Diese Frage ihrer Lösung näher zu führen, ist u. a. die Zwillingsforschung geeignet.

Speziell bei Dementia praecox ist die niedere Geschwisterziffer 0,45%, die *Rüdin* fand, nur dann näher analysierbar, wenn die Häufigkeit y der Phänotypisierung der Dementia praecox-Anlage bekannt ist. Ich habe bereits 1923 das Ergebnis einer Schätzung dieser Häufigkeit y vorgetragen.

Ist die Häufigkeit der Dementia praecox in meinem Material über

Geisteskranke 5000, so sind darunter rund 100 Dementia praecox-Kranke anzunehmen, welche Zwillinge sind, darunter 38 ungleichen Geschlechts und 62 gleichgeschlechtliche, von denen 24 als eineiig zu betrachten sind, 38 als zweieiig.

Bei den Zwillingsgeschwistern der 38 zweieiigen Zwillingsprobanden sind nach *Rüdin* etwa 38 . 0,045 . 0,5 = 0,855 Dementia praecox-Kranke zu erwarten, wobei 0,5 die Überlebenswahrscheinlichkeit der Zwillinge bis zum 20. Jahr bedeutet, 0,045 die *Rüdin*sche Geschwisterziffer für Dementia praecox. Insgesamt sind 8 bzw. 10 Zwillingsgeschwister von Dementia praecox-Zwillingsprobanden bekannt, die ebenfalls Dementia praecox hatten.

Zieht man obige 0,855 von 8 bzw. 10 ab, so erhält man als eineiige Zwillingsgeschwister von 24 Zwillingsprobanden 7,145 bzw. 9,145 Dementia praecox-Kranke. Es ist aber anzunehmen, daß von den Zwillingsgeschwistern der 24 eineiigen Zwillinge nur 24 . 0,7 . 0,7 = 12 das Alter von 20 Jahren erreichen, somit würden dieser Zahl die 7,145 bzw. 9,145 Fälle entsprechen. Das ergibt ein Verhältnis y = 7,145 : 12 bzw. 9,145 : 12 oder = 0,59 bis 0,75.

Das Produkt 0,7 . 0,7 ist das Produkt der Wahrscheinlichkeiten des Erlebens des 20. Jahres für Kinder überhaupt und der relativen Wahrscheinlichkeit für Zwillinge. y ist also mit den Grenzwerten $\frac{1}{2}$ bis $^{2}/_{3}$ eher zu niedrig eingeschätzt.

Diese Schätzung, welche schon 1923 vor dem Münchner Vererbungskongreß (s. dessen Verhandl.-Bericht und Methoden und Technik der Statistik 1925 S. 141) vorgetragen wurde, beruht allerdings nur auf kleinen Zahlen und hatte in erster Linie den Zweck der Veranschaulichung der Methode.

Das eine wird immerhin einleuchten, daß 4—5 Zwillingspaare gleichen Geschlechts mit Dementia praecox unter 5000 Dementia praecox-Kranken bereits eine relativ hohe Zahl bedeuten und wenn sie sich auf Grund größeren Materials als repräsentativ bewähren, daraus die starke Zwangsläufigkeit der Offenbarung der Dementia-praecox-Anlage folgt.

Ist aber y = $\frac{1}{2}$ bzw. $^{2}/_{3}$ oder noch höher, so ist es nicht möglich, die Befunde *Rüdins* mit Monohybridismus zu vereinbaren [1]), es sei denn, daß man mit einem sehr starken Zugrundegehen der zu Dementia praecox Veranlagten in Kindheit oder Fötalperiode rechnet.

Möglicherweise spielt auch die erhöhte Tuberkulosesterblichkeit in Dementia praecox-Familien eine Rolle, vielleicht auch in der Weise, daß die Dementia praecox-Symptome auf Rechnung der Tuberkulose geschoben werden. Solche Fälle sieht natürlich der Allgemeinpraktiker eher als der Psychiater, und sie entgehen ihm keineswegs. Jedenfalls erfaßt die Klinik nicht alle Fälle von Schizophrenie, dadurch kann y zu niedrig ausfallen.

Die Resultate *Luxenburger*s bei Dementia praecox stimmen bis jetzt mit meinen Befunden gut überein.

Luxenburger (Schlußwort): Weder aus den in der Literatur niedergelegten Befunden noch aus den Ergebnissen unserer Untersuchungen läßt

[1]) Hierüber siehe *Weinberg*: Statistik und Vererbung beim Menschen. Öffentliche Gesundheitspflege 1922.

sich folgern, daß Eineiigkeit als solche in erhöhtem Maße zur Erkrankung an Dementia praecox disponiert. Wir glauben auch nicht, daß sich in der Folge eine solche erhöhte Anfälligkeit herausstellen wird, wollen aber unser Augenmerk darauf richten.

Zu den Ausführungen *Weinbergs* ist zu bemerken, daß wir auf die Übereinstimmung unserer Ergebnisse schon im Referat hingewiesen haben. Diese ist um so wertvoller, als sie geeignet ist, die repräsentative Bedeutung unserer noch mit einem erheblichen statistischen Fehler behafteten Befunde beträchtlich zu steigern; denn die Übereinstimmung der Ergebnisse an verschiedenem, wenn auch beiderseits kleinem Material spricht ebenso für die Stabilität der Befunde wie deren Übereinstimmung in zwei Gruppen eines großen Materials. Mit dieser Zerlegung in Gruppen pflegt man aber die Stabilität empirischer Ziffern zu messen. Daß Unklarheiten dadurch entstehen könnten, daß man Dementia-praecox-Symptome auf Rechnung der Tuberkulose setzt, glauben wir nicht; es mag ja wohl vorkommen, daß vorübergehende psychotische Erscheinungen bei Tuberkulose fälschlicherweise als schizophren gedeutet werden, das Umgekehrte dürfte aber so selten sein, daß es praktisch jedenfalls nicht ins Gewicht fallen wird. Auch die Gefahr, nichtasylierte Fälle von Dementia praecox nicht zu erfassen, ist bei unserer Arbeitsweise sehr gering, da in der Familienforschung auch diese Kranken zu unserer Kenntnis als Probandenerfahrungen gelangen.

Lange (Schlußwort): Zu Herrn *Heimsoths* Ausführungen habe ich zu sagen, daß schon der Heilige Augustinus (Conf. Lib. VII Cap. VI) sich mit der Bedeutung der Zwillinge für die Astrologie auseinandergesetzt und diese abgelehnt hat. Gerade die Lebensläufe zweiieiger Zwillinge sind ja ganz starke Argumente gegen den astrologischen Glauben. — Mit Herrn *v. Verschuer* bin ich der Überzeugung, daß an der Entstehung der Asymmetrien beide Körperhälften Anteil nehmen werden. Sie sind ein Produkt des ganzen Eies. Dennoch bleibt nichts weiter übrig, als doch gewisse Unterschiede zwischen den beiden Körperhälften anzunehmen, wenn Asymmetrien zustandekommen sollen. Klare Vorstellungen sind hier freilich noch nicht möglich. Daß die erblichen Unterschiede der beiden Körperhälften geringfügigere sein werden, als sie nach dem ausgebildeten Körper scheinen, ist nach den sonstigen entwicklungsmechanischen Erfahrungen wohl anzunehmen. — Zu Herrn *Schultes* Ausführungen ist zu sagen, daß doch gelegentlich der andere Zwilling in der Psychose des Kranken eine Rolle spielt. Nach einer amerikanischen kasuistischen Mitteilung wurden nacheinander beide Zwillinge jeweils vor der Tür des anderen mit dem Messer in der Hand gefunden. Sie fühlten sich in der Schizophrenie jeweils vom anderen, auch geschlechtlich, beeinflußt. Mir ist sogar ein Zwillingspaar bekannt, wo der eine den anderen erstochen hat. Die von Herrn *Schulte* hervorgehobenen Unterschiede in der Kindheit (männlich-weiblich, führend-geführt) sind meist sehr relative; oft findet sich später das gerade Gegenteil. — Herrn *Hahn* habe ich zu entgegnen, daß ich Erlebniswirkungen keinesfalls bestreite. Ich habe ja in der Tat selbst recht eindringliche Beispiele dafür beigebracht. Nur möchte ich behaupten, daß der Spielraum, der den Erlebniswirkungen bleibt, im allgemeinen ein recht enger ist.

19. *G. Ilberg*-Sonnenstein: Zur Erkennung und Behandlung der Tuberkulose in den Irrenanstalten.

Die Lehre von der Entwicklung der Tuberkulose hat nach den neuen Forschungen *v. Romberg*s mancherlei Änderungen erfahren: die akuten, offenen, schweren Tuberkulosen beginnen hiernach nicht vorzugsweise in der Lungenspitze, während viele gebesserte chronische Fälle geschlossener Tuberkulose in der Lungenspitze ihren Anfang genommen haben. Die Tuberkulose setzt als entzündliche Verdichtung des Lungengewebes häufiger als in der Lungenspitze an anderen Stellen der Lunge ein: unterhalb der Schlüsselbeine, in den Lungenpforten, in den unteren oder den hinteren Abschnitten der Lunge. Alles kommt darauf an, diese Frühinfiltrate zeitig zu erkennen, weil die Kranken in dieser Zeit behandelt werden müssen. Aber auch die Fälle, in denen die Frühinfiltrate zur Einschmelzung und Höhlenbildung neigen und die für den Patienten (Reinfektion) und für seine Umgebung wegen des dauernd fließenden Bazillenstroms so ansteckend sind, müssen behandelt werden; hier bringt die Anlegung des Pneumothorax, der eventuell lange Zeit unterhalten werden muß, oft noch vorzügliche Erfolge. Frühinfiltrate wie Kavernenbildung werden abgesehen von klinischer und oft wiederholter Untersuchung des Sputums, am besten durch das Röntgenbild festgestellt. Die Mitwirkung von Internisten, die in Lungenkrankheiten besonders erfahren sind, ist zur Erkennung beginnender Fälle unentbehrlich. — *I.* empfiehlt die Zentralisierung insbesondere der beginnenden und offenen Fälle von Tuberkulose Geisteskranker mehrerer Anstalten auf einer Spezialabteilung einer Irrenanstalt, die klimatisch günstig gelegen ist und in der Fachärzte mit Irrenärzten zusammenarbeiten. Eine Zentralisierung ist für die Behandlung der Kranken und zugleich zur Verhütung der Ansteckung notwendig, da viele Geisteskranke konstitutionell wie durch ihr krankhaftes Verhalten der Tuberkulose gegenüber besonders gefährdet sind. Zum Schluß wird noch der Maßnahmen gedacht, die zur Verhütung der Ansteckung mit Tuberkulose für die in den Anstalten tätigen Krankenpflegepersonen erforderlich sind. (Veröffentlichung erfolgte im 89. Band dieser Zeitschrift S. 167 ff.)

Aussprache: *Wickel*-Haina (Kloster) macht aufmerksam auf die Anweisung des Reichsgesundheitsamtes zur Verhütung der Ansteckung mit Tuberkulose für in Anstalten tätige Krankenpflegepersonen, welche vom Reichsministerium des Innern mit einem Erlaß den Landesregierungen bekanntgegeben wurde. Dieser Erlaß betrifft die Auswahl der Krankenpflegepersonen, Ruhe und Erholung, Ernährung, Unterbringung, Belehrung des Krankenpflegepersonals. In Abschnitt 5 heißt es, daß im ständigen Krankenpflegedienst bei tuberkulösen Kranken beschäftigte Personen einer fortlaufenden Gewichtskontrolle und gesundheitlichen Überwachung zu unterstellen sind. Sie sind in etwa vierteljährlichen Zwischenräumen dem Arzt, und wenn dieser es für geboten erachtet, dem Tuberkulosefacharzt vorzustellen.

In Haina ist eine besondere Abteilung für Tuberkulöse, welche auch die tuberkulösen Männer von Marburg aufnimmt. Nach dem Erlasse wird hier vorgegangen.

20. *Zucker*-Greifswald: Experimentelles über Sinnestäuschungen.

Das Bestehen zweier verschiedener Betrachtungsmethoden innerhalb der Psychiatrie ist der Grund, daß man in der Frage der Sinnestäuschungen um so wenig Grundlegendes weiterkam: 1. die rein psychologisch deskriptive Methode mit ihren strengen theoretischen Begriffsgrenzen, und 2. die praktisch psychiatrisch beobachtende Methode, die in erster Linie nach verstehbaren Zusammenhängen sucht. Daß alle eigentlichen Halluzinationen sich irgendwie gemeinsam müßten erklären oder verständlich machen lassen, entspringt der ersteren Auffassung, entspricht aber gar nicht den psychiatrisch zu beobachtenden Tatsachen (vgl. besonders *Schröders* Arbeiten). Theoretisch sollte man in den Aussagen der Patienten zwar unterscheiden können zwischen dem, was nur wahrgenommen, und dem, was geurteilt ist. Die klinische Erfahrung lehrt jedoch, daß das kaum möglich ist. — Je weniger Vergleichsmöglichkeiten beim Aufstellen einer Sinnestäuschung dem Erlebenden gegeben sind, oder aus irgendeinem Grunde nicht herangezogen werden, um so eher wird sicher ceteritis paribus der Patient geneigt sein, diese für real anzuerkennen. — Die reine Explorationsmethode führt längst nicht immer zu eindeutigen Ergebnissen. Für experimentelle Fragestellungen ergeben sich 2 Möglichkeiten: 1. die künstliche Beeinflussung des Geisteszustandes durch Anwendung von Rauschgiften, wodurch wir erfahren, ob und wie die verschiedenen Halluzinanten die giftbedingten Sinnestäuschungen von ihren spontanen unterscheiden, oder ob und wie ihre spontanen Sinnestäuschungen durch die Giftwirkung eine Abänderung erfahren. — Die 2. Methode beruht in der Einschränkung äußerer Vergleichsmöglichkeiten durch möglichst genaue Nachahmung der Halluzinationen nach Qualität und Inhalt. Dadurch erfahren wir, ob die sogenannten echten Halluzinationen für den Erlebenden wirklich sich in nichts von realen Wahrnehmungen unterscheiden.

Verf. befaßte sich zunächst nur mit dieser letzteren Methode. Versuche wurden nur bei solchen Halluzinanten angestellt, bei denen selbst eingehendste Exploration scheinbar keinen Zweifel daran ließ, daß die Sinnestäuschungen für den betreffenden Patienten den gleichen Erlebniswert hatten wie reale Wahrnehmungen. In dem Vortrage werden nur die Versuche an Schizophrenen und an Deliranten erwähnt. Das Ergebnis bei Schizophrenen ist, daß die Patienten sämtlich sofort zwischen ihren Halluzinationen und deren Nachahmungen unterscheiden, wobei die Möglichkeit einer Unterscheidung nach rein äußerlichen Merkmalen absolut auszuschließen war. Doch waren die Patienten bemerkenswerterweise alle außerstande, die Differenzen in der Qualität anzugeben, „es ist eben doch ganz anders“! Die Schizophrenen meinen in ihren Halluzinationen eben doch etwas im normalen Erleben nicht Gegebenes. Dieses Meinen können wir nur negativ definieren: daß dieses Erleben für den Kranken von dem normalen Wahrnehmungserlebnis weitgehend different ist. Versuche bei Deliranten zeigen dagegen, daß diese Patienten Nachgeahmtes mit ihren Halluzinationen identifizieren können. Letzteres ist abhängig davon, inwieweit der reale Wahrnehmungsvorgang überhaupt schon geschädigt ist. Es ließ sich zeigen, daß der Delirante den größten Teil dessen, was er real wahrzunehmen scheint, durch Vorstellungsmäßiges

ergänzt oder gar ersetzt, sodaß seine spontanen Halluzinationen auch nur oder fast nur aus Vorstellungen bestehen. Ihm ist dabei die Möglichkeit verloren gegangen, zwischen Wahrnehmungsmäßigem und Vorstellungen zu unterscheiden. Und das erklärt sich aus dem durch die unscharfe Beobachtung gegebenen Mangel, Vergleichsmöglichkeiten kritisch heranzuziehen.

Die verschiedenen Arten von Halluzinationen sind somit nicht nur untereinander grundverschieden, sondern sie haben auch alle nichts eigentlich Wahrnehmungsmäßiges in sich. Der normale Wahrnehmungsvorgang bzw. seine ad hoc gewonnene psychologische Definition ist von allen Erlebnismöglichkeiten (d. h. inklusive den pathologischen) nur eine Möglichkeit, ein Grenzfall, und deshalb können viele pathologische Vorgänge nicht recht auf ihn bezogen werden. (Ausführlich erschienen im Archiv für Psychiatrie 83. Band.)

21. *Kafka*-Hamburg: Der Liquor des Schizophrenen.

Vortr. berichtet, daß es ihm gelungen ist, mit Hilfe seiner Methodik der Bestimmung der Eiweißrelation des Liquor cerebrospinalis [1]) des Schizophrenen stets pathologische Eiweißwerte nachzuweisen, die sich scharf von den Maximalwerten wirklich normaler Fälle abgrenzen lassen. Dabei sind die anderen Liquorreaktionen innerhalb der üblichen normalen Grenzen. Auch die Bestimmung der Chloride und des Zuckers ergeben normale Werte. Die theoretische Bedeutung dieser Erscheinung wird erörtert. (Der Vortrag erscheint in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift.)

Aussprache: a) *Emanuel.*

b) *Kafka* (Schlußwort): Gegenüber Herrn *Emanuel* möchte Vortr. betonen, daß in den Fällen von Schizophrenie, von denen die Rede ist, die Normomastixreaktion negativ war und sich nur hier und da Trübungen gefunden haben. Im übrigen bestätigt Vortr. die Ausführungen *Emanuels*.

22. *Weygandt*-Hamburg: Zur pathologischen Kunst.

Vortr. schildert das Lebenswerk eines psychopathologischen Künstlers *Karl Junker*, 1850 geboren; Gymnasialbesuch, Tischlerlehrling, Wanderschaft, einjähriger Militärdienst, Student der Architektur. Nach einer Erbschaft ging er auf die Kunstakademie, errang den Rompreis, zog nach Italien, leidvolle Liebeserlebnisse. Dreißigjährig in die Heimat Lemgo zurückgekehrt, malte er viel ohne äußeren Erfolg und sprach schon davon, er wolle einen neuen Stil erfinden, der in 100 Jahren erst anerkannt würde, sprach auch später von Beziehungen zu Bismarck, Kaiser und Papst. 40 jährig begann er, nach eigenen Ideen ein Haus zu bauen und auszustatten. In Würfelform stellt das Haus ein Museum für sich dar, ausgefüllt mit einer riesigen Fülle von plastischen und malerischen Schöpfungen. Keine Handbreit der Wand ist freigeblieben. Tag und Nacht arbeitete Junker, besonders mit dem Holzmeißel. Er verkehrte wenig, ging manchmal mit einem Zylinder und wallendem Mantel bekleidet zur benachbarten Irrenanstalt. 1912 starb er.

---

[1]) in der Zerebrospinalflüssigkeit



Die Räume des Hauses zeigen eine Fülle von Gemälden, die erotische oder legendäre Szenen oder Phantasielandschaften mit prunkvollen Schlössern erkennen lassen, offenbar Wunschoffenbarungen. Ein Raum zeigt einen Thronsessel, ein anderer stellt eine käfigartige Laube dar. Eine Wendeltreppe führt nach oben. Einige Schränke zeigen eine Fülle von Schnitzereien mit Renaissanceanklängen. Besonders liebevoll ist das Modell des Hauses selbst, dann ein pagodenartiger Tempel und vor allem ein über 2 m hohes Gebilde geschnitzt, das ein Modell für ein Völkerschlachtdenkmal sein soll. Eine sarkophagartige Truhe zeigt auf dem Deckel einen fast lebensgroßen, rührend primitiven Christuskörper mit den Marterwerkzeugen. Abschreckend komplizierte Himmelbetten, äußerst unbequeme Stühle, Sofa mit batikartiger Bemalung des Stoffes. Dazu eine verwirrende Menge von geschnitzten, schwer definierbaren Gegenständen, so Hunderte von länglichen Brettchen mit Rand, leicht bronzefarbig angemalt, besonders aber Schilder und längliche, oft über 2 m lange Holzgebilde, die an die Totensäulen der Alaskaindianer erinnern und groteske menschliche Figuren in abenteuerlichen Verzerrungen zeigen. Alles bietet den krassesten Gegensatz zur Zweckidee, überall triumphiert plastischer Zierrat über die Brauchbarkeit. Die frei ausgearbeiteten Schnitzfiguren erinnern in mancher Hinsicht an die Gotik. Zwecklose Häufung von immer wiederholten Motiven findet sich vielfach in orientalischen Stilformen, aber auch viele westliche Stilarten haben Exzessivformen gebildet, wie der von der Gotik abgeleitete Emanuelstil in Portugal, der die Renaissance fortentwickelnde platereske Stil und vor allem Barock in seinen abstrakten Zierkunstwerken wie die Dreifaltigkeitssäule auf dem Graben in Wien oder seine Übertrumpfung durch Churriguera in Spanien.

Inkohärenz, Plurivalenz und Iteration der Schizophrenen sind bei Junkers Werk unverkennbar. Offenbar handelt es sich um die Entladungen des Schaffensdranges eines Schizoparanoiden, der jahrzehntelang hemmungslos seine autistische, vielfach stereotype Tätigkeit ausüben konnte.

23. *E. Herz*-Frankfurt a. M.: **Psychomotorische Störungen bei organischen Herderkrankungen des Gehirns** (mit Filmdemonstrationen).

Die Betrachtung der Krankheitsfälle, bei denen durch eine Herderkrankung des Gehirns psychomotorische Störungen hervorgerufen werden, ist deshalb von grundlegender Bedeutung, weil durch sie der Beweis geliefert werden kann, daß diese Erscheinungen durch die verschiedensten Krankheitsprozesse hervorgerufen werden können und nicht nur bei der Katatonie, nicht einmal nur bei den eigentlichen Geisteskrankheiten, sondern ebenso bei organischen und Herderkrankungen des Gehirns in Erscheinung treten.

Die eingehende Analyse der einzelnen Bewegungsstörungen, wie sie von *Wernicke* und *Kleist* durchgeführt wurde, hat bei den endogenen Geisteskrankheiten differentialdiagnostische Erwägungen ermöglicht. Es wurden Hinweise dafür gefunden, daß bestimmte Formen für verschiedene Erkrankungen kennzeichnend sein können (Katatonie, Motilitätspsychosen, Verwirrtheiten). Dieselbe analysierende Forschungsmethode bei den Herderkrankungen des Gehirns angewandt, wird uns die pathophysiologischen

Grundlagen der verschiedenartigen psychomotorischen Bewegungsstörungen klären lassen und uns Fingerzeige geben, an welchen Hirnteilen die anatomische Untersuchung bei den schizophrenen Prozeßpsychosen, insbesondere bei den mit psychomotorischen Erscheinungen einhergehenden ansetzen müssen.

Kurz wird auf den Wert der kinematographischen Erforschung der motorischen Störungen der Nerven- und Geisteskrankheiten hingewiesen. Ursprünglich wurde die laufbildmäßige Darstellung nur zur Fixierung der Zustandsbilder herangezogen. Doch die planmäßige Durchführung und die Ausarbeitung einer exakten kinematographischen Methodik hat auch den Film als Forschungsmittel schätzen gelehrt. Durch die Herauslösung der motorischen Erscheinungen aus dem gesamten Symptomenbild wird eine genaue Analyse der einzelnen Phänomene viel eher als am Kranken selbst ermöglicht, da die Auswirkung des Gesamtbildes, zumal die sprachlichen Äußerungen von den motorischen Erscheinungen ablenken.

Die Trennung zwischen Hemmungs- (akinetischen) und Erregungs- (hyperkinetischen) Zuständen wird den Demonstrationen zugrundegelegt. Die zuerst gezeigte Bewegungsarmut bei einem Kranken mit einer Paralysis agitans ging einher mit Mangel an spontaner Regsamkeit, Fehlen der Mitbewegungen und Bewegungsverlangsamung bei Willkürbewegungen auch an Körperabschnitten, an denen Rigor nicht nachweislich vorhanden war. Die völlige Unabhängigkeit von Bewegungsarmut und Tonuserhöhung der Muskulatur beweisen andere Beobachtungen, bei denen neben Akinese Hypotonie bestand. Bei dem 2. Kranken, einem Arteriosklerotiker mit Schlaganfällen, kann die Grundlage des einfachen Haltungsverharrens (Katalepsie) ohne Erhöhung des Muskeltonus gezeigt werden. Die passiv verkürzten Muskeln spannen sich bei Annäherung ihrer Insertionspunkte reflektorisch an, während die gedehnten Muskeln keinen Spannungszuwachs erfahren. Dieses einfache Haltungsverharren, das am häufigsten bei der Katatonie beobachtet wird, ist von dem Haltungsverharren mit Flexibilitas und der Fixationsrigidität mit Rigor zu trennen.

Bei dem 3. Kranken traten im Verlauf einer progressiven Paralyse neben dem Bewegungsausfall stereotype Bewegungsformen auf (Hypokinese mit Stereotypie). Der Kranke machte in unregelmäßigen Abständen Lippen- und Kieferbewegungen, gleich als ob er nach Luft schnappte oder spräche, und erhob zuweilen wie deutend die rechte Hand. Die stereotypen Kratzbewegungen bei einem idiotischen Kinde werden immer mehrmals hintereinander (iterativ) ausgeführt. Spontane Iterationen bot die 5. Kranke, die an einer progressiven Paralyse litt. Bei ihr traten Iterativbewegungen der Arme auf, bei Festhalten der Arme gingen die Iterativbewegungen auf Schultern oder Kopf über. Bei der 6. Kranken, deren Hirnveränderungen durch eine Leuchtgasvergiftung hervorgerufen waren, trat die Neigung zu Wiederholungen nur bei Bewegungen und Handlungen auf, die auf Befehl ausgeführt wurden (reaktive Iteration).

Eine komplizierte Bewegungsunruhe mit Pseudoexpressivbewegungen, einfachen Gliederbewegungen, Parakinesen und Stereotypien zeigte die 7. Kranke, bei der sich durch eine Arteriosklerose bedingt apoplektiform eine vorübergehende Geistesstörung einstellte. Das fast ausschließliche Befallensein einer Körperhälfte und die Stummheit sprechen für eine Differenzierung nach Körperteilen und eine getrennte Vertretung

der Sprechmotorik in den für die Regulierung der automatischen Motorik maßgebenden Gehirnteilen.

Der Sitz der Störungen im Gehirn ist nach neueren Untersuchungen von *Kleist* bei psychomotorischen Erscheinungen in den Stammganglien zu suchen. Verletzungen des äußeren Pallidumgliedes haben einen Ausfall der höheren Automatismen zur Folge, woraus Bewegungsarmut mit Haltungsverharren resultiert. Hyperkinetische Erscheinungen entstehen bei meist doppelseitigen Veränderungen im Caudatum. Bevorzugte Zerstörung der kleinen koordinierenden und zügelnden Zellen bewirken Unruheformen mit komplizierten und mannigfaltigen Pseudospontan- und Pseudoexpressivbewegungen und Parakinesen, während der Ausfall der großen stoppenden und innervierenden Zellen itera tive Wiederholung, rhythmische und stereotype Bewegungsabläufe zur Folge hat.

24. *Creutzfeldt*-Berlin: Hirnveränderungen bei chronischer Al koholvergiftung.

Untersucht wurde im Laboratorium der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité das Zentralnervensystem von 9 Alkoholikern, von denen 6 männlich, 3 weiblich waren. Der jüngste Patient war 37, der älteste 60 Jahre alt, die anderen 7 standen im 5. Lebensjahrzehnt. Die klinischen Befunde waren 6 mal *Korsakow*sches Syndrom, 5 mal Polyneuritis, 3 mal Delirium tremens, 4 mal deliriöse Erscheinungen, 2 mal Wernicke. Anatomisch wurde 6 mal Nephritis, 7 mal Hämosiderose, 2 mal Schrumpfleber festgestellt. Der Alkoholmißbrauch hatte in allen Fällen jahrelang angehalten, die zu Tode führende Erkrankung hatte bei den 3 Deliranten 2—8 Tage, bei den 6 Korsakows länger gedauert. In allen Fällen von Korsakow wurde Hirnatrophie mit Hydrocephalus ex vacuo gefunden. Das Hirngewicht betrug 1054—1260 g. In Übereinstimmung mit *Gumper* wurden die Gefäßwucherungen im Tectum und im subependymären Gewebe um den Aquaeductus Sylvii und den Ventriculus tertius sowie vorn am Caudatus gefunden. Sie scheinen nicht immer ans Grau gebunden zu sein. Eine Gliawucherung mit starker Faservermehrung begleitet diese Gefäßveränderungen. Außerdem wurde in 3 Fällen ausgedehnte Verkalkung der Gefäße des Globus pallidus, in einem Falle auch im Ammonshorn gesehen. Die größeren Gefäße ließen in den meisten Fällen arteriosklerotische Veränderungen erkennen. In den schweren Fällen wurde stets eine deutliche Wucherung der Randglia, also der Astrozyten (Cajalglia) nachgewiesen, besonders schwer war sie bei längerdauerndem Korsakow.

In allen Fällen waren die Nervenzellen erkrankt. Bei den älteren Korsakows bestand eine ausgesprochene Rarefikation der Rinde, besonders im Stirnhirn, die allerdings weitgehend durch reparatorische Gliawucherung ausgeglichen war, so daß keine schwerere Störung der Architektonik verursacht wurde. Vermehrung der Abbaustoffe in den Gefäßwandzellen wurde fast immer gefunden. Sehr merkwürdig war der Ausfall der Eisenreaktion in 3 Fällen schweren Alkoholismus, deren 2 unter dem Bilde akuter schwerer Vergiftung eingeliefert waren. Hier war der Eisengehalt der weichen Häute, der Gefäßwände und ihrer Umgebung sowie der Rinde des Groß- und Kleinhirns und besonders der *Meynert*schen U-Fasern außerordentlich erhöht, so daß die Blauverfärbung hier dem Grade nach der-

jenigen der sonst siderophilen Kerngebiete glich. Diese waren entsprechend dunkler gebläut. Der schwerste Befund wurde bei einer Säuferin in den 40er Jahren erhoben, die in sinnlos betrunkenem Zustande in ihrer Wohnung aufgefunden war und nach einigen Tagen in der Klinik verstarb. In diesem Falle hatten auch die kalkimprägnierten Gefäße im Pallidum, im Fuße der frontalen inneren Kapsel und im Ammonshorn eine besonders starke Turnbull-Blau-Reaktion ergeben. Die Untersuchungen am Material des Vortr. haben also Folgendes gezeigt: 1. Die *Gamper*schen Feststellungen über die herdförmigen Gefäßwucherungen werden bestätigt und erweitert. 2. Es besteht anscheinend eine diffuse Gefäßschädigung. Diese äußert sich in grob anatomischen Erkrankungen der Gefäßwände und in ihrer vermehrten Durchlässigkeit, als deren Ausdruck die Vermehrung des Gewebseisens, vor allem in den Häuten, in der Rinde und im subkortikalen Mark angesehen werden darf. Auch die Hämosiderose in anderen Organen dürfte in diese Richtung weisen. 3. Die marginale Gliawucherung, die gerade die Astrozyten (Cajalglia) betrifft, ist ein Zeichen für die exogene Natur des Prozesses. Dieser ist die Folge einer Intoxikation. Das Gift wird auf dem Gefäßwege herangebracht. 4. Die Rindenveränderungen sind sowohl in den akuten als auch besonders in den chronischen Fällen schwerer, als man nach *Gampers* Mitteilung erwarten sollte. Die Ausfälle sind zwar bei dem langsamen Verlauf des Korsakows durch reparatorische Gliawucherung verdeckt, aber der Parenchymverlust ist außer allem Zweifel. 5. Die ausgesprochene makroskopisch und durch Wägen festgestellte Hirnatrophie bestätigt die mikroskopischen Befunde und zeigt, daß die amnestischen Störungen nicht — wie *Gamper* meint, auf die herdförmigen Veränderungen im Höhlengrau zurückzuführen sind, sondern daß ihnen eine durchaus faßbare exogen-degenerative Rindenerkrankung entspricht. (Der Vortrag wurde durch Originalpräparate und Mikrophotogramme erläutert.)

25. *Jacobi*-Stadtroda: Das Enzephalogramm bei Schizophrenen mit kürzerer Krankheitsdauer unter stereoskopischer Bildbetrachtung (nach *Hasselwander*) (mit plastischen Demonstrationen).

Die Ausführungen *Jacobi*, *Winkler*, *Ubenauf* stehen insofern in innerem Zusammenhang, weil sie von der Frage ausgehen, ob die große Krankheitsgruppe der Schizophrenie somatisch-biologisch irgendwie faßbar ist. Ref. berichtet über enzephalographische Befunde an Schizophrenen, bei denen im Gegensatz zu den bisher mitgeteilten Fällen der Krankheitsprozeß in der Mehrzahl der Fälle erst kürzere Zeit lief. Gewählt wurde diesmal die Methode der stereoskopischen Röntgenaufnahme, um ein möglichst anschauliches Bild von Ventrikelsystem und Oberfläche und die Möglichkeit der sicheren Lokaldiagnose zu haben. Zu diesem Zwecke wurden vom Schädel nach der Lufteinblasung erstens in Hinterhauptslage bei fronto-okzipitalem Strahlengang und zweitens in Seitenlage bei sinistrodextralem Strahlengang je zwei Aufnahmen hergestellt, bei einer Verschiebung der Röntgenröhre um 6,5 cm, d. h. um die durchschnittliche Pupillardistanz. Die Betrachtung der Enzephalogramme fand mit Hilfe des neuen Modells des *Hasselwander*schen Stereoskiagraphen statt. Der Liquorluftaustausch wurde einheitlich auf 100 ccm festgesetzt. Dabei soll

einer Normierung des Liquor-Luftaustausches nicht das Wort geredet werden, wir meinen vielmehr, daß dieser von Fall zu Fall individuell verschieden zu gestalten ist. Bei den geschilderten Untersuchungen lag uns jedoch daran, um bei der Beurteilung der bei der Kürze der Krankheitsdauer oft nur in geringem Grade von der Norm abweichenden Befunde keinen Täuschungen zu unterliegen, bei allen Fällen möglichst gleiche Versuchsanordnungen zu schaffen.

Wir versuchten weiter die zur Projektion bestimmten Enzephalogramme plastisch zur Darstellung zu bringen und bedienten uns hierbei des *Alexander-Bela*schen Verfahrens. Eine ausdrucksvollere Methode plastischer Projektion ist eine Darstellungsart, die wir auf Grund einer liebenswürdigen Vorführung durch Herrn Professor *Hasselwander* im anatomischen Institut der Universität Erlangen kennen zu lernen Gelegenheit hatten. Hierbei werden die Diapositive der in Pupillardistanz hergestellten Enzephalogramme durch zwei Objektive, das eine in roter, das andere in grüner Farbe übereinander projiziert. Der räumliche Eindruck wird bei Betrachtung dieses Bildes durch eine Rotgrünbrille gewonnen, wobei das eine Auge, vor dem sich das Rotglas befindet, nur das rote, und das mit dem grünen Glas bewaffnete Auge nur das grüne Teilbild sieht. Im allgemeinen lassen jedoch derartige plastische Bilder die Einzelheiten der Aufnahme kaum besser erkennen als der Abzug der gewöhnlichen Röntgenaufnahme.

Zusammenfassend können wir bei Beurteilung unserer Befunde sagen, daß wir in der Mehrzahl der Fälle wieder eine Erweiterung des Ventrikelsystems und des Subarachnoidealraumes, zum Teil mit Verbreiterung einzelner Sulci, feststellen konnten. Daß wir relativ weniger hochgradige Erweiterungen in den jetzt untersuchten Fällen fanden, legte die Anschauung nahe, daß die früher bei chronisch Schizophrenen erhobenen Befunde im Laufe des Prozesses entstanden und nicht anlagemäßig vorhanden waren. Wir weisen nachdrücklich darauf hin, daß wir auch über Fälle verfügen, in denen der schizophrene Prozeß trotz langen Bestehens keine enzephalographisch nachweisbaren atrophischen Prozesse gesetzt hatte. Auffallend ist in unseren Ergebnissen, daß die Verbreiterung der Sulci, die auf eine Atrophie der dazwischenliegenden Gyri schließen läßt, vorzugsweise in der Stirn-, Schläfen- und Scheitelregion liegt. In dieser ist besonders betroffen die Gegend in der Nähe der Zentralfurchen. Daß es sich bei all diesen Fällen nur um Variationen der Norm, die auch sonst bei nicht Schizophrenen angetroffen würden, handele, halten wir besonders deshalb für ausgeschlossen, weil wir nunmehr über eine nicht unbeträchtliche Anzahl normaler Enzephalogramme verfügen, bei denen niemals derartig abwegige Befunde erhoben wurden.

Um nicht mißverstanden zu werden, betonen wir, daß auch wir bei all unseren Bemühungen, einzelne Symptomenkomplexe mit bestimmt umschriebenen Hirnausfällen in Beziehung zu bringen, durchaus von den Begriffen der Totalität, der Ganzheit, der Person, des Lebens, der Individualität oder wie man sich sonst ausdrücken mag, ausgehen. Mit anderen Worten: es handelt sich für uns lediglich um Klärung der Frage, wo, ganz allgemein gesprochen, der krankhafte Prozeß eben in den Repräsentanten dieser Ganzheit, in das Zentralnervensystem eingebrochen ist.

26. *K. Ubenauf*-Stadtroda: Kapillaruntersuchungen an alten Schizophrenen.

In den Veröffentlichungen von *W. Jaensch* und Mitarbeitern wird den Kapillarformen und ihren Beziehungen zu gewissen Differenzierungsstörungen besondere Bedeutung beigemessen. Den Ausgangspunkt dazu bildete der Befund bei Kretinen, die Kapillaren zeigten hier charakteristische Formen, die als Entwicklungshemmung erkannt wurden und die dann bei allen Arten Hypothyreosen wie auch Schwachsinnszuständen wieder gefunden wurden. Daraus schien der Schluß angezeigt, daß das Ausbleiben normaler Strukturdifferenzierung an den Nagelfalzkapillaren ein Symptom gestörter innersekretorischer Funktion wäre, wobei ein Zusammenhang mit übergeordneten Zentren des vegetativen Nervensystems (Striatum-Pallidum, zentrales Höhlengrau, Hypothalamische Gegend, Infundibulum, Subst. nigra) angenommen wurde. Das Vorkommen dieser „Archiformen" bei geistig und körperlich normal entwickelten Individuen bzw. Neuro- und Psychpoathen schien nicht im Gegensatz dazu zu stehen, die schädigende Einwirkung der „Noxe" wäre hier von den positiven Kräften des Organismus mehr oder weniger weitgehend überwunden worden, während sie in anderen Fällen zu schwerer Hemmung geführt hätte. Die Träger von Archikapillaren wären damit zu „vegetativ Stigmatisierten" gestempelt. Nach *Jaensch* wäre diese Methode zur Klärung der psycho-somatischen Beziehungen bei der Schizophrenie heranzuziehen, wobei auf Untersuchungen von *W. Jacobi*, der auffällig viel „Neuroseformen" fand, zurückgegriffen wird. In der Theorie vom konzentrischen Schichtenaufbau der psycho-physischen Persönlichkeit würde es sich um ein teilweises Bestehenbleiben primitiv-archaischer Strukturen handeln, die an Gebilden des Ekto- und Mesoderms nachzuweisen wären.

Es wurden 192 Schizophrene untersucht (ältere Fälle), ohne daß eine Gesetzmäßigkeit nachgewiesen werden konnte. Die Befunde wurden an mikrophotographischen Aufnahmen demonstriert. Vergleichsuntersuchungen an normalen Erwachsenen ergaben den gleichen Befund. Auch Beziehungen von bes. Kapillarformen zu körperbaulichen Eigentümlichkeiten bestanden nicht, ebenso wie sich die *Kretschmer*schen Typen an dem zur Verfügung stehenden Schizophrenenmaterial nicht nachweisen ließen. Nach den bisher vorliegenden Befunden an dem entsprechenden Material konnten auch gesetzmäßige Beziehungen zwischen Kapillaren und bestimmten Schwachsinnsformen bzw. seelischen Regelwidrigkeiten nicht gefunden werden.

27. *H. Winkler*-Stadtroda: Spektrophotographische Liquoruntersuchungen bei chronisch-Schizophrenen.

Ref. berichtet über spektrophotographische Untersuchungen des Liquor cerebro-spinalis bei Schizophrenen. Er fand, daß die Fälle chronisch schizophrener Prozeßpsychose und katatoner Stuporzustände besondere Beachtung verdienen, weil bei ihnen im Gegensatz zu den an manisch-depressivem Irresein, Paralyse und anderen Erkrankungen Leidenden in der Mehrzahl der Fälle der Liquor nach der Enteiweißung eine stärkere Absorptionskraft aufwies als der eiweißhaltige Liquor. Er benutzt zu seinen Untersuchungen die von *Jacobi* angegebene Methode, nach der in den zu vergleichenden Aufnahmen die letzte Linie des Spektrums als Maß

für die Absorptionsgröße angesehen wird. Die sehr einfache Versuchsanordnung ist folgende: Das Licht einer Eisenbogenlampe fällt durch einen mit dem zu untersuchenden Liquor gefüllten Trog, dessen planparallele Stirnflächen aus Quarzplatten bestehen, auf den Spalt eines Spektrographen, mit dessen Hilfe es spektral zerlegt photographiert wird. Entwicklungs- und Aufnahmebedingungen bleiben stets die gleichen. Um die letzte Spektrallinie zahlenmäßig festlegen zu können, wurde auf der gleichen Platte genau über das Eisenspektrum das Quecksilberspektrum aufgenommen, das relativ linienarm ist. Durch Messung des Abstandes der letzten Linie des Eisenspektrums von der vorhergehenden Linie des Quecksilberspektrums mit bekannter Wellenlänge läßt sich an Hand einer Kurve die Wellenlänge der betreffenden Linie in Angström leicht bestimmen. Bei der Prüfung des Liquores von 40 Schizophrenen ergab sich, daß bei 32 die Absorptionskraft des Liquors nach der Enteiweißung deutlich zugenommen hatte, bei 6 Fällen bestand kein Unterschied in der Absorptionskraft vor und nach der Enteiweißung und nur bei 2 Fällen wurde die Absorption der Enteiweißung geringer. Hervorgehoben wird, daß bei den Fällen, in denen der Prozeß schon eine Anzahl von Jahren läuft, die Zunahme der Absorptionskraft nach der Enteiweißung weit größer ist als in der Mehrzahl der Fälle mit kurzfristiger Krankheitsdauer, doch läßt sich auf Grund der verhältnismäßig geringen Zahl der Fälle keine Regelmäßigkeit herleiten. Den Befunden an Schizophrenen stehen die Liquoruntersuchungen von 24 Schwachsinnigen sowie einiger Paralytiker, mehrerer Epileptiker, einer an Meningitis Erkrankten und einer Commotio cerebri gegenüber. Von den Schwachsinnigen zeigten 6 eine geringe Linksverschiebung nach der Enteiweißung, wie es bei den Schizophrenen beobachtet wurde, die anderen zeigten durchweg eine Abnahme der Absorption. Die Liquores der übrigen erwähnten Fälle wiesen durchweg eine Abnahme der Absorption nach der Enteiweißung auf bis auf den Fall von Commotio cerebri, bei dem die letzte Spektrallinie durch die Enteiweißung keine Verschiebung erlitt.

Ref. betont am Schluß, daß es nicht im Sinne seiner Untersuchungen liegt, ein allein dem schizophrenen Prozeß eigentümliches Verhalten des Liquors zu finden, sondern glaubt vielmehr, daß noch die verschiedensten anderen Erkrankungen diese Absorptionszunahme im Liquor nach der Enteiweißung aufweisen. Er verfolgt lediglich die Absicht, pathophysiologische Vorgänge bei der Krankheitsgruppe der Schizophrenen aufzudecken.

28. *I. G. Rankin*-Moskau: Die Psychopathologie der gewerblichen Vergiftungen [1]).

Es sind 200 Krankheitsgeschichten akut und chronisch durch verschiedene gewerbliche Gifte Vergifteter bearbeitet worden. Zweierlei Faktoren können festgestellt werden, die außer dem Giftstoffe auf die Intensität und die Charakterzüge des psychopathologischen Bildes eingewirkt haben: 1. konstitutionelle, 2. konstellative. Unter den konstitutionellen sind nicht bloß die Eigenschaften der neuropsychischen Beschaffenheit, sondern auch die besonderen Eigenschaften des Gefäßsystems, der

[1]) Der Vortrag konnte aus äußeren Gründen nicht gehalten werden.

Bluterzeugung, des Stoffwechsels u. a. zu verstehen. Von den konstellativen sei der Einfluß der Arbeitsart, der Ermüdung, der Umgebung, des Gesellschaftsverbandes und der verschiedenen Affektmomente erwähnt. Auch die früher erlittenen Schädeltraumen üben einen Einfluß aus. Die psychopathologische Reaktion hängt auch von der Zeit ab, während der eine bestimmte Quantität des Toxinstoffes auf den Organismus eingewirkt hat. In dieser Hinsicht konnte eine gewisse Mannigfaltigkeit beobachtet werden. Bei Blei war z. B. der Einwirkungsdauer eine größere Bedeutung zuzuschreiben als der Dosis, bei Quecksilber machte sich das Gegenteil bemerkbar. Der dauernde Einfluß kleiner Benzoldosen schien eine gewisse Gewöhnung daran hervorzurufen.

Bei akuten, von Bewußtseinsstörungen begleiteten Vergiftungen ließen sich 2 Reaktionstypen wahrnehmen: 1. ein hyperkinetischer (Aufregungszustand mit Bewußtseinsverwirrung) und 2. ein akinetischer (Bewegungslosigkeit mit Sinnesbetäubung). Bei beiden Formen traten recht häufig Deliriumszustände auf. Die Halluzinationen und Erlebnisse des hyperkinetischen Typus waren überwiegend schreckenerregender Art, die des akinetischen häufig von positiver Gefühlsbetonung. Hin und wieder gab es auch Wahnideen und Angstgefühle. Nach stattgefundener Vergiftung konnten folgende Erscheinungen nach Verlauf einiger Zeit, bei ungetrübtem Bewußtsein schon, beobachtet werden: 1. Störungen der Orientierung im Verein mit Störungen des Zeitsinnes. Kurze Zeitabschnitte wurden als sehr lang eingeschätzt, 2. Gedächtnisstörungen, 3. Halluzinationen. Davon verdienen kaleidoskopisch verlaufende hypnagogische H. von sehr komplizierter Gestaltung, so daß von hypnagogischen Erlebnissen die Rede sein konnte, eine besondere Beachtung. Diese Erscheinungen schreiben wir Veränderungen der Gehirngefäße zu. Trotz so großer Ähnlichkeit der psychopathologischen Symptome bei akuten Vergiftungen durch verschiedene gewerbliche Gifte konnten immerhin auch spezifische, jeder gegebenen Vergiftung eigene Merkmale beobachtet werden. Bei chronischen Vergiftungen trat dieser spezifische Charakter deutlicher hervor. So sind Veränderungen des Charakters als Anfangssymptome bei chronischen Bleivergiftungen aufzufassen: Blödigkeit, Trägheit, psychische Passivität. Weiter treten Erscheinungen präorganischer Neurasthenie auf, in schweren Fällen deutlich ausgeprägte Gehirnarteriosklerose, epilepsieartige Anfälle u. dgl. Bei Benzol gibt es hysterische Symptome, gezwungenes Lachen, Gesichtshalluzinationen u. a., bei CO Bewegungsfaulheit, Gedächtnisstörungen, hypnagogische Halluzinationen, schwere Träume u. dgl.

Bei chronischen Vergiftungen kann man auch öfters Krankheitsbilder beobachten, die sehr deutlich an einige klinische Formen von Geistes- und Nervenkrankheiten erinnern: Gehirnarteriosklerose (Blei, Quecksilber), Pseudoparalyse (Blei, Anilin), Epilepsie (Blei), psychoasthenischer Symptomenkomplex (Quecksilber), Hysterie (Benzol, Anilin), Parkinsonismus (CO).

Was die geschäftlichen Vereinsangelegenheiten anbelangt, so wurde auf der Jahresversammlung in Kissingen noch folgendes verhandelt:

Zu Beginn der Versammlung begrüßte der Vorsitzende Geheimrat

Prof. Dr. *Bonhöffer* die erschienenen Vertreter der bayerischen, sächsischen und badischen Staatsregierung, die Herren Kreisregierungsrat *Beltinger*, Ministerialdirektor Dr. *Schulze* und Obermedizinalrat Dr. *Römer*, ebenso die Vertreter der Kissinger Badeverwaltung und der Kissinger Ärzteschaft, die Herren Regierungsrat *Conrad* und Dr. *Dietz* sowie die anderen Gäste. Hierauf gedachte er der im vergangenen Jahre verstorbenen Vereinsmitglieder. — Die Versammlung faßt folgende Beschlüsse:

Herrn *Mercklin* wird für den schriftlich erstatteten Kassenbericht nach geschehener Prüfung Entlastung erteilt. Der Jahresbeitrag wird fortlaufend auf 10 M. festgesetzt, der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie wird fortlaufend ein Betrag von 2000 M. gewährt. § 7 der Satzungen wird geändert: in Absatz 1 2. Satz soll hinter neuntes hinzugefügt werden „und als ständigen Kassenführer ein zehntes", in Absatz 2 hinter dem zum erstenmal vorkommenden Wort Schriftführer „und Kassenführer" und hinter dem zum zweitenmal erscheinenden Wort Schriftführer „bzw. Kassenführer". Der Vorstand hat demzufolge Herrn *Mercklin* als ständigen Kassenführer zum 10. Vorstandsmitglied gewählt. Die aus dem Vorstand statutenmäßig ausscheidenden Vorstandsmitglieder *Hussels*, *Schultze* und *Wilmanns* wurden einstimmig wiedergewählt. Professor Dr. *Bleuler*-Zürich wird einstimmig zum Ehrenmitglied ernannt. Der Verein nimmt an der voraussichtlich im September 1931 in Holland stattfindenden internationalen Neurologenversammlung teil und ordnet als Vertreter des Vereins Herrn *Bonhöffer* ab. — Als Ort der nächsten Jahresversammlung wird Danzig gewählt, die Versammlung soll in der Woche nach Pfingsten stattfinden. — Der Vorsitzende trägt hierauf den Vorschlag *Mercklins*, daß der Verein eine Preisaufgabe stellen soll, vor; für diesen Zweck bewilligt die Versammlung eine Summe von 800—1000 M., ebenso hat der Reichsverband deutscher Irrenärzte zu diesem Zweck die Bewilligung einer Summe in Aussicht gestellt. Die Mitglieder werden ersucht, innerhalb des nächsten Vierteljahres Themata, möglichst praktischen Inhalts, an den Schriftführer mitzuteilen. — Zum Schluß erfolgt eine vorläufige Besprechung über den Vorschlag des Vorstandes, den Verein in Zukunft: „Deutscher Verein für Psychiatrie und Neurologie" zu benennen.

Auf Grund von Autorreferaten zusammengestellt

von *G. Ilberg* (Dresden).

Kleine Mitteilungen.

Im II. Band des Handbuches der Geisteskrankheiten von *O. Bumke* hat *Bostroem* nach einer vorzüglichen Darstellung der Willens-Psychologie die Willens-Pathologie übersichtlich zusammengefaßt, und zwar Erschöpfung und Ermüdung der Willensvorgänge, Haltlosigkeit und Willensschwäche, Hemmung und Erregung. Unterentwicklung und Abbau höherer Willensfunktion bei seniler Demenz, progressiver Paralyse, angeborenem Schwachsinn, Schizophrenie, Korssakow und Epilepsie werden geschildert. Aus dem Gebiet der Trieb-Pathologie werden die Störungen durch Anomalien der Triebstärke, die Perversitäten, die Drangentladungen und die Drangberuhigung beschrieben. Derselbe Autor erörtert dann die katatonen Störungen, geht auf deren anatomische Grundlage und die aufgestellten Theorien ein und erklärt die Entstehung katatoner Symptome vom Standpunkt der Willens-Psychologie. In sehr anschaulicher Weise hat *Bostroem* auch die striären Störungen bearbeitet und ihr Vorkommen bei den verschiedenen Psychosen erörtert. In einem weiteren Abschnitt behandelt sodann *Birnbaum* die psycho-reaktiven (psychogenen) Symptomenbildungen, das sind die psycho-pathologischen Phänomene, die sich als pathologisch bedingte Rückwirkungen auf psychische Reizeinflüsse darstellen. Die psychogenen Symptome sind pathologisch gebildet, sind auf pathologischem Wege erwirkt und sind schließlich psychopathologischer und damit klinisch neutraler Natur; sie sind funktionell, von affekt-dynamischem Charakter, psychologisch verständlich. *Birnbaum* unterscheidet die psychoreaktiven Syndrome der Gefühls-, der Eindrucks- und Wahrnehmungs-, der Vorstellungs-, der Bewußtseins- und der Körpersphäre. Es folgt dann ein sehr klarer Artikel *Thieles* über aphasische, apraktische und agnostische Störungen. Anhangsweise geht der Autor auf deren Lokalisation ein. Sehr interessant sind die sprach-psychologischen Vorbemerkungen, die auch das Verhältnis von Sprechen und Denken behandeln. Von angenehmer Übersichtlichkeit ist die spezielle Formenlehre der aphasischen Krankheitsbilder.

Mit dem V. Band beginnt der spezielle Teil, der mit Aufsätzen von *Birnbaum* über den Aufbau der Psychose, von *Stertz* über die neurasthenische Reaktion und von *Braun*, Kiel über psychogene Reaktion eingeleitet wird. *Birnbaum* zieht für den Aufbau der Psychose den Begriff der Pathogenetik, die sich auf die Krankheitsverursachungen und die spezifische Determinierung des Grundcharakters der Psychose bezieht, und den Begriff der Pathoplastik heran, der sich mit der Krankheitsausgestaltung und damit mit der äußeren Sonderformung der Psychose befaßt. Neben diesen Hauptbegriffen wertet er als Hilfsbegriffe die Prädisposition (pathogenetische Bereitschaft, Krankheitsvorbereitung), die Präformation (die pathoplastische Bereitschaft, Gestaltsvorbereitung) und die Provokation (Auslösung, Aktivierung, Mobilisierung und Manifestmachung der

Krankheit). Die Pathogenetik gibt die elementare Grundstruktur der Psychose, den allgemeinen bio- bzw. psychopathologischen Wurzelboden; die Pathoplastik gibt die Ableitungen, Verarbeitungen, Weiterführungen, Ausgestaltungen, Differenzierungen, speziellen Formungen der Grundstrukturen. *J. H. Schultz* erörtert in dem Kapitel über die konstitutionelle Nervosität die Einteilungsmöglichkeiten nach körperlichen Konstitutionsmerkmalen, nach experimentell psychologischen Unterschieden sowie nach praktisch klinischen Gruppenbildungen und hebt bezüglich letzterer die Notwendigkeit scharfer Trennung von neuropathischen und psychopathischen Eigenheiten der konstitutionellen Nervosität hervor; sehr häufig finden sich bei den Aszendenten Stoffwechselstörungen und Keimdrüsenschädigungen jeder Art. *Stertz* hält in seinem Artikel über die neurasthenische Reaktion an der Begriffstrennung von endogener Nervosität und exogener neurasthenischer Reaktion fest, welche die an den Enden der Reihe stehenden reinen Formen kennzeichnen. *Braun* spricht von psychogener Reaktion, wenn die emotionale Wirkung psychischer Erlebnisse zu ungewöhnlichen, auch im großen und ganzen verständlichen Reaktionen führt, die im allgemeinen vom Psychischen her beeinflußbar bleiben und zumal nach Überwindung oder Ausschaltung des verursachenden psychischen Erlebnisses restlos abzuklingen pflegen. Von den Persönlichkeitsreaktionen beschreibt er die depressiven und die explosiven Reaktionsformen, die Anfälle, Dämmerzustände, Stuporen und fugues sowie die körperlichen Symptome von den Milieu-Reaktionen 1. Schreck, Angst, Erwartung, 2. Hypochondrie, Epithymie und Simulation und 3. Isolierung und Induktion. Für den Praktiker ist die Arbeit *Eugen Kahns*: „Die psychopathischen Persönlichkeiten" von hohem Wert. Vom Aufbau der Persönlichkeit und vom Aufbau und Begriff der psychopathischen Persönlichkeit ausgehend betrachtet *Kahn* die psychopathischen Persönlichkeiten einmal von der Triebseite (impulsive, triebschwache Psychopathen und Sexual-Psychopathen, von letzteren 14 verschiedene Formen), von der Temperamentsseite (Hyper- und Hypothymiker, Stimmungslabile) und von der Charakterseite (Ich-Überwertende, Ich-Unterwertende und ambitendente Typen); letztere haben eine schwankende Einstellung zwischen Ich und Umwelt, zwischen Ich-Überwertung und Ich-Unterwertung und zwischen Fremd-Unterwertung und Fremd-Überwertung. Ausgezeichnet ist die Schilderung der 10 komplexen Psychopathentypen, denen K. sehr geschickt gewählte, vortrefflich beschriebene, auch mit der modernen Struktur-Analyse versehene Einzelbeispiele beigegeben hat: die Haltlosen, die Schizoiden, die kalten Autisten, die Psychopathen mit Zwangsvorstellungen, die sensitiven Psychopathen, die hysterischen Persönlichkeiten, die hypochondrischen, streitsüchtigen, aktiv und passiv verschrobenen und die asthenischen Psychopathen. Der V. Band schließt mit einem ebenfalls für den Praktiker wertvollen Kapitel von *J. H. Schultz* über die Behandlung der abnorm nervösen Reaktion und der Psychopathen unter Ausschluß der Vergiftungen und soziologischen Fragen. Sch. behandelt die Somato-Therapie, die Konstitutions-Regulierung und den Reaktions-Ausgleich, die persönliche Prophylaxe, und geht dann ausführlich auf die Psycho-Therapie ein; es ist sehr dankbar zu begrüßen, daß das therapeutische Problem gerade bei den abnorm nervös Reagierenden und den Psychopathen aus so berufenem Munde behandelt wurde. *G. Ilberg.*

Im zweiten Heft der von *Bostroem* und *Joh. Lange* herausgegebenen Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete ist zunächst eine Arbeit über den heutigen Stand der ätiologischen Paralyse- und Tabesforschung von *Franz Jahnel* erschienen. *J.* fand die Spirochäten vorwiegend in den Ganglienzellenschichten der Hirnrinde, am häufigsten im Stirnhirn, hier am Stirnpol und den gyri orbitales und recti. Nach den hinteren Hirnregionen zu nimmt die Spirochätenzahl, der Intensität des paralytischen Prozesses konform gehend, ab. Im Gegensatz zur Paralyse sind die Spirochäten bei der Tabes wesentlich seltener. Verf. berichtet über die Spirochätenbefunde bei unbehandelten und bei mit Salvarsan, Tryparsamid, Wismut sowie mit Übertragung von Infektionskrankheiten behandelten Paralytikern. Die biologische Seite der Paralyse- und Tabesforschung weist noch viele unbeantwortete Fragen auf. — Es folgt ein hochinteressanter Artikel von *Hans Luxemburger*: Die wichtigsten neueren Fortschritte der psychiatrischen Erblichkeitsforschung. *L.* hält es für zweckmäßig, den Nachweis von Mendelproportionen vorläufig hinter die voraussetzungslose Empirie zurücktreten zu lassen und die praktischen Fragestellungen mehr zu betonen. Die positiven eugenischen Qualitäten (Begabung, Charakter- und Temperamentsvorzüge) sollen in höherem Maße herangezogen werden. *L.* empfiehlt die Erwägung eines gesetzlichen Fortpflanzungsverbotes für Schizophrene oder schizophren Gewesene sowie für solche Epileptiker, bei denen sich eine äußere Ursache der Erkrankung trotz gewissenhafter Nachforschung nicht wahrscheinlich machen läßt, und die gut nachweisbare epileptische Charakter- und Intelligenzveränderungen darbieten. Die Entlassung eines zeugungsfähigen zweifellosen Katatonikers oder Hebephrenen aus einer Anstalt solle von seiner freiwilligen Sterilisation abhängig gemacht werden. Einem jeden Angehörigen schizophrener Familien sei die Fortpflanzung ernstlich zu widerraten, wenn er ein sog. Sonderlingtypus ist, sie sei ihm sogar mit aller ärztlichen Autorität zu verbieten, falls der Ehepartner ebenfalls deutliche Sonderlingseigenschaften aufweist. — Ein Bericht über Paranoia von *Kurt Kolle* erörtert, ob es Beobachtungen, welche den von *Kraepelin* aufgestellten Kriterien der Paranoia vollständig entsprechen, gibt. Unter 30 000 Aufnahmen stellte die Münchner Klinik unter *Kraepelin* diese Diagnose 19 mal. *Kolle* untersuchte dieses Material katamnestisch und fand, daß mit Ausnahme eines einzigen Kranken, der als Paraphrenie gedeutet werden müsse, alle paranoisch geblieben sind. Über den Querulantenwahn, die paranoischen Haftpsychosen, die querulatorischen Psychopathen, den Eifersuchtswahn der Trinker und die Wahnpsychosen der Schwerhörigen werden interessante Mitteilungen gemacht. Eine abnorme Sozial-Konstitution läßt sich bei paranoischen Kranken fast ausnahmslos nachweisen. Zum Schluß erklärt *K.*, die Prognose aller paranoischen Formen, gleichgültig ob Reaktiv- oder Selbstentwicklung vorliegt, sei eine relativ günstige, keineswegs schreite der Wahn stets beständig fort. In etwa der Hälfte aller Fälle seiner umfangreichen Sammlung kam es zu Stillständen, wenn auch eigentliche Korrektur selten erfolgte.

Im dritten Heft werden zunächst die Ergebnisse der Liquorforschung und der Serologie der letzten 2 Jahre von *Friedrich Karl Walter* skizziert. Voraussetzung für jede Auswertung eines Liquorbefundes ist das Verhält-

nis seiner physiologischen Zusammensetzung. Der normale Zellgehalt des Liquors beträgt $^{0}/_{3}$ bis $^{1}/_{3}$, schon letztere Zahl ist verdächtig. Der normale Gesamt-Eiweißgehalt überschreitet nicht 0,166 pro mille. Das Verhältnis von Globulin zu Albumin ist nach Kafka durchschnittlich zwischen 1 zu 5. Die Paralyse zeigt neben der Vermehrung des Gesamteiweiß vor allem eine solche des Globulins; Tabes-Paralysen wiesen höhere Albuminwerte, reine Tabesfälle geringere Globulinwerte auf. Bei Lues Zerebri ist die Vermehrung des Gesamteiweiß vorwiegend auf Rechnung der Albumine zu setzen. Bei der Schizophrenie verteilt sich die Vermehrung des Gesamteiweiß gleichmäßig auf beide Eiweißarten. Die höchsten Eiweißwerte zeigt die unspezifische Meningitis. Ein Teil der Autoren sieht die Plexus choreoidei als alleinige Ursprungsstätte des normalen Liquors an, andere glauben, daß daneben auch die Meningen und das Gehirn selbst, bzw. deren Kapillaren als Filter zwischen Blut und Liquor fungieren. Von grundlegender Bedeutung für fast alle Fragen der Liquorphysiologie und -pathologie ist das Permeabilitätsproblem geworden. Zu unterscheiden sind die Blut-Liquorschranke, die Blut-Hirnschranke und die Liquor-Hirnschranke. Die neueste Mitteilung von *Georgi* vom Auffinden spezifischer Gehirnlipoidantikörper kann von großer praktischer Bedeutung sein. — In einem längeren Artikel berichtet *Kurt Schneider* über die allgemeine Psychopathologie im Jahre 1928 und hat den Stoff in 3 große Abteilungen geteilt: die Arten des Erlebens (was man früher die Elemente nannte), die allgemeinen Eigenschaften, die allem menschlichen Seelenleben eigen sind: Ich-Bewußtsein, Gedächtnis, Reaktion, und die Ganzheit, in die alles Erleben eingebettet und von der es sehr wesentlich bedingt und modifiziert wird: Aufmerksamkeit, Bewußtsein, Intelligenz, Persönlichkeit. *Fritz Kant* hat endlich die Arbeiten über Rausch- und Suchtgifte, mit Ausnahme des Alkohols, zusammengefaßt. Er referiert die Untersuchungen über künstlich erzeugte Gifträusche, namentlich des Mescalin, des Haschisch, des Narzylen und des Äthers und geht dann auf die Sucht-Gifte ein und bekämpft den Begriff des „unheilbaren Morphinisten". Unheilbar Süchtige, denen das Gift zwangsweise nicht entzogen werden könnte oder sollte, gibt es nicht — natürlich mit Ausnahme der Kranken, die mit einem unheilbaren, mit heftigen Schmerzen verbundenen Leiden behaftet sind, die aber gar nicht zu den Süchtigen im engeren Sinne gehören. In den letzten Jahren mehren sich die Stimmen, welche für plötzliche Entziehung eintreten. Unterschieden muß namentlich werden zwischen freiwilliger und erzwungener Entziehung. Neuerdings sind Fälle von Gewöhnung an Dicodid und Dilandid beobachtet worden. Bei Papaverin soll eine Gewöhnung nicht eintreten. Die Entziehung des Kokains wird heutzutage nur noch plötzlich vorgenommen, von 46 untersuchten Kokainisten fand *Hartmann* 23 manifest homosexuell, 13 von diesen wurden es erst, nachdem sie der Sucht verfallen waren. Durch Einführung einer Rauchlösung in die Halsvene bei Hunden stellten italienische Forscher eine vasokonstriktorische Wirkung des Nikotins fest und sehen in dieser die Ursache für vaskuläre Veränderungen der Raucher, z. B. das intermitierende Hinken.

Im vierten Heft sind die Fortschritte der gerichtlichen Psychiatrie von *Friedrich Meggendorfer*, die reaktiven Psychosen und Neurosen von *Hermann Hoffmann*, die Charakterologie von *Karl Birnbaum* und die experimentelle Psychologie und Psychotechnik von *Otto Graf* vortrefflich

zusammengefaßt. *Meggendorfer* erwähnt die Verordnung des Reichsarbeitsministers, nach der Berufskrankheiten, die auf länger andauernde Einwirkung von Blei, Phosphor, Quecksilber, Arsen, Benzol, Schwefelkohlenstoff u. A. m. hervorgerufen wurden, entschädigt werden, wenn sie mit dem Betrieb ursächlich zusammenhängen. Zur Anzeige ist der behandelnde Arzt verpflichtet. Er berichtet dann von Bestimmungen des Opiumgesetzes, nach dem die diesem Gesetz unterstellten Stoffe nur zum Gebrauch als Heilmittel abgegeben werden dürfen. Schwierigkeiten bestehen hierbei darüber, ob diese Mittel für Süchtige ein Heilmittel darstellen oder nicht. Das einzig wirkliche Heilmittel für eine Giftsucht ist die Entziehung und Entwöhnung des Giftes. In manchen Punkten sei eine klarere Fassung und eine Regelung der Rechte und Pflichten der Ärzte und Apotheker geboten; den maßgebenden Stellen liegt eine entsprechende Novelle bereits vor. Zu empfehlen sei in § 6, 3 BGB. zur Entmündigung infolge von Trunksucht auch die infolge anderer Rauschgiftsucht hinzuzufügen. Die Entziehung der Approbation für morphinistische Ärzte sei vielleicht im Rahmen des Opiumgesetzes bei nachgewiesener Gefährdung der Öffentlichkeit zu erwägen. Die Fortschritte des Jugendgerichtsgesetzes von 1923, das die Erziehung gegenüber der Strafe hervorhebt, werden betont, auch die Heraufsetzung des Strafmündigkeitsalters auf das vollendete 14. Lebensjahr. *M.* geht dann auf die verschiedenen strafrechtlichen Entwürfe ein, von denen der Entwurf von 1919 vor allem Besserung des Täters und Sicherheit der Gesellschaft im Auge hat. Die Grenzen des Strafmaßes sollen weit sein, mildernde Umstände sollen bei jeder Straftat gewährt werden, bei Gewohnheitsverbrechern soll aber nach der Strafe noch eine Sicherheitsverwahrung eintreten können. — *E. Schultze* hat angesichts der gegenwärtigen Finanznot Deutschlands statt der Schaffung geeigneter Anstalten als Ausweg die Schaffung eigener Admexe an den einzelnen Irrenanstalten empfohlen. — Geisteskranke oder einer Geistesstörung verdächtigte Gefangene können in eine öffentliche Heil- und Pflegeanstalt überführt und ihnen die dort zugebrachte Zeit auf die Strafe angerechnet werden, wenn die Geisteskrankkeit nicht etwa nur vorgetäuscht wurde. — Die Übersicht über neuere Forschungsergebnisse der reaktiven Psychosen und Psychoneurosen von *Hoffmann* setzt sich in erster Linie mit den entsprechenden Abschnitten der psychiatrischen Handbücher von *Aschaffenburg* und *Bumke* auseinander: die reaktiven abnormen Gefühlszustände infolge von Schreck, die Psychologie der Angst, die reaktiven depressiven Verstimmungen, sodann die reaktiven Wahnbildungen, die Beziehungen zwischen Charakter und Wahnbildungen und die reaktiven Bewußtseinstrübungen: Dämmerzustände, die stets infolge und im Verlauf von Gemütsbewegungen einsetzen. *H.* bespricht die Aufstellung von Schichten durch verschiedene Autoren, die der einfachen Ausdrucksbewegungen, die der Instinkte, Triebe und Affekte, die der Disziplinierung und Steuerung. Zum Schluss erwähnt er die Überspannung des Begriffes der Unfallneurose, vor der *Mörchen* gewarnt hat, insofern es seelisch-nervöse und Unfallsfolgen gibt, die weniger der reinen Rentensucht, als einer ängstlich-hypochondrischen Einstellung ihre Entstehung verdanken. — In seinem Aufsatz über Charakterologie bespricht *Birnbaum* namentlich die Arbeiten von *Ewald* über die körperlichen und die von *Hoffmann* über die seelischen Grundlagen des Charakters. Als psychisch-charakterologisches Grundelement hat *B.* selbst

zusammengestellt: die die allgemeine Körperverfassuug wiederspiegelnden Vitalgefühle, die formalen Grundqualitäten des psychischen Lebens, und speziell die Affektivität, die Grundtriebe und die elementaren geistigen Grundeigenheiten. — Sehr interessant ist endlich der Artikel *Grafs* über experimentelle Psychose und Psychotechnik. Die eidetischen Erscheinungen haben sich als nicht genügend tragfähig für den Aufbau großer Systeme erwiesen, wohl aber die Körperbautypen *Kretschmers*. Es ergab sich, daß die zyklothymen Gruppen vorwiegend Farbseher, die schizothymen Gruppen vorwiegend Formenseher sind. Die Leptosomen verfügten über eine größere Spaltungsfähigkeit als die Pykniker, jene neigen zu analytischer Tätigkeit, diese zu synthetischen Lösungen. Leptosome zeigten ausgesprochene Perseverationsneigung und erschwerte Umstellungsfähigkeit. Sie neigen zu unmittelbaren, sprunghaften, trockenen Assoziationen. Was das Intelligenzproblem anbelangt, so ist der Test im alten Sinne durch komplexe Arbeitsproben verdrängt worden. Die zahlenmäßige Auswertung steht mehr im Hintergrund. Der Beobachtung des Gesamtverhaltens wird der Hauptwert zugemessen. Die bisherigen Methoden der Psychotechnik haben die wichtigsten Seiten der Persönlichkeit: den Charakter und das Temperament zu wenig erfaßt. An Stelle der Eignungsprüfung wird nach *Kahn* allmählich mehr und mehr eine Art klinischer Beobachtung zu treten haben. *G. Ilberg.*

Personalia.

Verstorben: Dr. Freiherr *von Schrenck-Notzing* in München, Medizinalrat Dr. *Dannenberger* in Goddelau und Sanitätsrat Dr. *Möller* in Brieg.

Ernannt wurden Sanitätsrat Dr. *Hinrichs*-Neustadt (Holstein) zum Direktor der Landesanstalt Schleswig-Stadtfeld,

Oberarzt Dr. *Walther* zum Direktor der Landesheil- und Pflegeanstalt Neustadt (Holstein),

Oberarzt Dr. *Raether* zum Direktor der Landesanstalt Bedburg-Hau,

Oberarzt Dr. *Metz* (Pfafferode) zum Direktor der im Bau begriffenen Landesheilanstalt Neuhaldensleben (Prov. Sachsen),

Medizinalrat Dr. *Liebers* zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Zschadrass,

Oberarzt Dr. *Trapel*-Bonn zum 1. Oberarzt und stellvertretenden Direktor der Landesanstalt Bedburg-Hau,

Medizinalrat Dr. *Nothaass*-Hubertusburg zum stellvertretenden Direktor der Landesanstalt Hochweitschen,

Oberarzt Dr. *Korte* zum Obermedizinalrat und stellvertretenden Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Regensburg,

Oberarzt Dr. *Bafl*-Uchtspringe zum stellvertretenden Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Pfafferode bei Mühlhausen und

Oberarzt Dr. *Schayer* (Wittenauer Anstalten — Berlin) zum Leiter der neu errichteten Kindernervenabteilung in Berlin-Buch.

Die Dienstbezeichnung Obermedizinalrat erhielten Oberarzt Dr. *Caselmann* in Kaufbeuren,

Medizinalrat Dr. *Geist* in Untergöltzsch,

Medizinalrat Dr. *Volkmann* in Zschadrass,
Medizinalrat Dr. *Weicksel* in Waldheim,
Medizinalrat Dr. *Sievert* in Pirna (Sonnenstein) und
Medizinalrat Dr. *Spaar* in Großschweidnitz.
Sekundärarzt Dr. *Staehelin*-Zürich (Burghölzi) wurde zum Professor der Psychiatrie und Direktor der psychiatrischen Klinik in Basel berufen.
Prof. Dr. *Birnbaum*-Berlin erhielt den Lehrauftrag für Kriminalpsychologie und Kriminalpsychopathologie.
Versetzt wurden Anstaltsarzt Dr. *Bach*-Bonn als Anstaltsarzt nach Bedburg-Hau,
Oberarzt Dr. *Hermann Müller*-Klingenmünster nach Erlangen und
Oberarzt Dr. *Morstatt*-Winnental nach Schussenried.
Es habilitierten sich für Psychiatrie und Neurologie Dr. *Jossmann* in Berlin,
für Vererbungs- und Konstitutionslehre Dr. *Csörss* in Debreczen,
für Neurologie Dr. *Guthmann* in München.
Zu Anstaltsärzten ernannt wurden die Assistenzärzte Dr. *Ottmann* in Werneck, Dr. *Wallrapp* in Lohr,
zum Medizinalrat und Oberarzt der Anstaltsarzt Dr. *Medow* in Sachsenberg und
zum Oberarzt der Heilanstalt Burghölzli und zugleich Leiter des Kantonalen Inspektorats für Familienpflege der Oberarzt der schweizerischen Anstalt für Epileptische in Zürich Dr. *Braun*.

Dr. *Fürer* hat sein Sanatorium Haus Rockenau bei Eberbach a. Neckar (Baden) nach 33 jähriger Tätigkeit an den bisherigen Chefarzt Dr. *Schlapper* in Görbersdorf verkauft, der die Anstalt als Lungensanatorium weiter führen wird. Dr. *Fürer* siedelt nach München, Möhlstraße 21 über und wird seine Erfahrungen in der Behandlung von Alkoholisten und Morphinisten weiter bearbeiten.

In dem Literaturbericht *Thumms* im 89. Band der Allg. Zeitschrift f. Psych. ist auf Seite 160 *Schuzo* in: *Schuzo Kure* zu berichtigen und auf Seite 161 hinter *Schilder* 38 noch hinzuzufügen *Stransky* 48a. Im Literaturbericht Seite 164 ist dementsprechend auf Zeile 15 zuzusetzen: 48 a. *Stransky* Jahreskurse für ärztliche Fortbildung, München, Verlag Lehmann, 1923, Maiheft. — 48 b. *Stransky*, Wiener Mediz. Wochenschr. 1923. — 48 c. *Stransky*, Wiener Mediz. Wochenschr. 1925. —

Die diesjährige Versammlung der Irren- und Nervenärzte Niedersachsens und Westfalens findet am 5. Mai in Braunschweig statt. Geschäftsführer *Alber* und *Loewenthal*.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Berlin-Dahlem, **KLEIST**-Frankfurt a. M.

DURCH

GEORG ILBERG

DRESDEN

MIT BEILAGE

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

NEUNZIGSTER BAND

SECHSTES BIS ACHTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 4. JULI 1929



BERLIN UND LEIPZIG 1929

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

6/8. Heft.

Originalien.

Fortsetzung auf Seite 3 des Umschlages.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie" mit der Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hefte alle 4 Wochen zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" erscheint nur alle 8 Wochen, also 6 mal im Jahre. Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der Verein entgegennimmt, wird die gesamte Zeitschrift für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den Herausgeber Geheimrat Professor Dr. med. G. Ilberg in Dresden-Blasewitz, Schubertstr. 41, Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg. Med. Rat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

Die Herren Mitarbeiter erhalten für Originalbeiträge M. 24.— Honorar für den Druckbogen und 25 Sonderdrucke kostenlos; Vereins- und Versammlungsberichte, von denen dem Generalberichterstatter 25, den einzelnen Referenten je 12 Sonderdrucke kostenlos geliefert werden, werden nicht honoriert. Für eine weitere Zahl von Sonderdrucken werden die Selbstkosten berechnet.

Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt.

2. Teil[1] (Schluß). Erfahrungen und Gedanken eines praktischen Psychiaters zur Psychotherapie der Geisteskrankheiten.

Von

Dr. Hermann Simon, Direktor der Provinzialheilanstalt Gütersloh.

Daß die allgemein bekannten unbedingten Gegenindikationen gegen die Isolierung: Neigung zur Selbstbeschädigung, Kotschmieren usw. auch für uns ihre Gültigkeit behalten, bedarf kaum einer besonderen Erwähnung. Ist die Isolierung erfolgreich, dann zeigt sich das fast immer bald, nach wenigen Minuten; die immer genau notierte Dauer ergibt einen Durchschnitt von 18—20 Minuten; wo die zugelassenen 30 Minuten voll ausgenützt werden, bleibt meist der therapeutische Erfolg im Einzelfall aus. Arzt und erfahrener Pfleger merken das meist schon viel früher und haben dann für die rechtzeitige Anwendung unseres letzten Hilfsmittels gegen störendes Verhalten, des Sedativums, zu sorgen.

Grundsätzlich Neues oder gar von dem Üblichen Abweichendes habe ich bezüglich der medikamentösen Therapie bei Geisteskranken nicht zu sagen. Wir müssen aus Zweckmäßigkeitsgründen auseinander halten:

1. die eigentliche therapeutische Anwendung von Arzneimitteln, wie die Opiumkur bei Depressionszuständen, die kausale Behandlung der luetischen Erkrankungen, einschließlich der Paralyse, die Luminalbehandlung der Epilepsie, den Dauerschlaf durch Somnifen und andere Mittel; hierher rechne ich auch die laufende Darreichung kleinerer Dosen von Beruhigungsmitteln zur „Niederhaltung" endogener, elementar begründeter Erregung, und

2. mehr gewaltsame, lähmende Darreichung von stark wirkenden chemischen Mitteln zur Bekämpfung bereits ausgebrochener, die Umgebung störender Erregungszustände. Letztere Maßnahmen stehen meines Erachtens auf gleicher

[1]) S. allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 87, S. 92, sowie Bd. 90, S. 69.

Stufe wie die Isolierung! Beide können wir nicht ganz entbehren; dabei dürfen wir aber nie vergessen, daß ihre häufige Anwendung niemals ein Zeichen starker psychotherapeutischer Kraft ist, sondern eher des Gegenteils: wir brauchen sie nur dort, wo unsere übrige Therapie versagt hat! Bei ihrer Anwendung muß der Arzt immer darauf sinnen, wie er im Einzelfall wieder von ihnen loskommt; das lähmende Sedativum ist das letzte und schwerste Geschütz, das wir im Kampfe um die Einfügung der elementaren Lebensenergie des Kranken in das Gemeinschaftsleben ins Feld führen. Ist der Feind damit einmal niedergekämpft, dann wird eine zielsichere Strategie dafür sorgen, daß er zunächst durch weniger schwere Waffen, in Form von geringeren Arzneigaben, nieder gehalten wird, und zwar so weit, daß die schwer unsozialen Reaktionen verhindert werden, ohne daß gerade ein dauernder Schlaf- bzw. Lähmungszustand unterhalten wird. Hierin liegt ein gewisser Parallelismus und doch auch wieder eine Verschiedenheit zur richtigen Dauerschlafbehandlung. Letztere schaltet für eine Reihe von Tagen so gut wie alle Reaktionen des Kranken aus, während die vorstehend angedeutete Verwendung der Sedativa nur einleitend einmal völlige Ruhe schaffen, weiterhin aber nur die unsozialen, „unbändigen" Reaktionen hemmen, „abbremsen" will, im übrigen aber geradezu darauf bedacht bleibt, soziale, nützliche Reaktionen herbeizuführen, in Form geordneter Bewegungen, in Form der Beschäftigung. Wir brauchen ja nach den oben ausgesprochenen biologischen Grundgedanken gerade das häufige Ablaufen von Reaktionen, da wir nur mit ihrer Hilfe die auch hier zuletzt wirksame „Gewöhnung nach der gesunden Richtung hin" bewirken können. Aber nirgends muß ein schematisches Vorgehen mehr vermieden werden, wie gerade hierbei. Es handelt sich ja dabei immer um recht schwierige Fälle, im Laufe der verschiedensten Erkrankungen. Alle Register der Psychotherapie müssen dabei dem Arzte immer zur Verfügung stehen und mit großer Anpassung an die Bedürfnisse des Einzelfalles muß er sie handhaben; die Sedativa allein schaffen es nie! Wie überall, so ist auch hier Festigkeit und Zielsicherheit des Handelns die Voraussetzung des Erfolges: Die zu gebenden Arzneidosen müssen ausreichen, um das erstrebte Ziel zu erreichen, aber sie dürfen nicht höher sein, als dazu unbedingt nötig ist. Dann gelingt es aber oft auffallend schnell, ohne Rückkehr der schweren Erregung die Arzneidosen immer weiter zu vermindern und endlich ganz fortzulassen. Wenn *Thumm* [1]) aus seiner Anstalt berichtet, daß es in kurzer Zeit

[1]) Z. f. d. g. Neur. und Psych. Bd. 103. S. 226.

gelungen ist, die stark wirkenden Gaben von Sedativa fast ganz zu vermeiden und gleichzeitig eine vorher nie dagewesene Ruhe zu erzielen, so bestätigt das nur meine eigenen Erfahrungen, wenn wir darin auch noch nicht so weit wie er gelangt sind. Ich habe es noch nie erlebt, daß durch einen fortgesetzten starken und überstarken Sedativa-Verbrauch die Anstalt im ganzen ruhiger geworden wäre; denn er bekämpft immer nur die störenden Folgeerscheinungen des bestehenden Übels, aber nicht dieses selbst: die Gewöhnung der Kranken an laute und störende Reaktionsformen. Diesem können wir nur immer durch die psychische Therapie, durch die Gegengewöhnung beikommen. Daß bei fortgesetzter Anwendung stark wirkender Sedativa Gewöhnung an diese eintritt, so daß man zu immer größeren Dosen gelangt, daß manche Kranke sich an „ihre“ Spritze so gewöhnen, daß sie sie geradezu verlangen und ohne sie nicht einschlafen, daß wieder andere in der angestrebten Scopolamin-Morphium-Spritze geradezu die Morphiumwirkung suchen, und wenn der Arzt sie verweigert, so lange Krach machen, bis man sie ihnen doch gibt, hat wohl jeder Anstaltsarzt schon erfahren. Eine „aktive“ Therapie wird immer an diese Gefahren denken und sie aus ihrem Bereiche bannen.

Wenn es zutrifft, daß jedes Zustandekommen und jedes Andauern unsozialer Reaktionen in der Richtung der Gewöhnung an die unsoziale Reaktionsform wirkt, und daß es demgemäß wichtigster Bestandteil einer aktiven Therapie ist, solche gesellschaftsfeindliche Reaktionen so früh und so schnell wie möglich abzubremsen oder zu unterdrücken, dann gilt letzteres ganz besonders auch für die Anwendung chemischer Beruhigungsmitel. Wenn da Nachts erst der Arzt gerufen werden muß, dann verstreichen, bis er kommt und etwa eine Injektion verabreichen kann, unersetzbare Minuten und Viertelstunden. Wichtig ist deshalb, daß schon bei den regelmäßigen Visiten in das auf jeder Station zu führende Arzneibuch die bis zur nächsten Visite voraussichtlich notwendigen Medikationen eingetragen werden, wobei es die Aufgabe des mitwirkenden Stations-Oberpflegepersonals bleibt, die verordneten Mittel dann anzuwenden, wenn es notwendig wird. Der Arzt kontrolliert bei der nächsten Visite die Vorfälle an Hand des Berichtsbuches und der Meldungen, prüft bei jeder Störung ihre Art, ihre Ursache und ihren Verlauf und die stattgehabte Behandlung nach, und belehrt gegebenenfalls das Personal über etwa vorgekommene Unzweckmäßigkeiten und deren zukünftige Vermeidung. Arzneiverordnungen, die nicht gebraucht worden sind (worauf das Streben von Arzt und Personal immer gerichtet bleiben muß!) werden mit

Blaustift durchstrichen. Ernste und erfahrene Kollegen haben gegen diese, dem Personal eingeräumte Selbständigkeit in der Arzneiverabreichung Bedenken geltend gemacht; und besonders dagegen, daß so das Personal sogar in die Lage kommt, in Abwesenheit des Arztes Scopolamin-Einspritzungen zu machen. Was nun die Ausführung einer subkutanen Einspritzung betrifft, so muß heute jede ausgebildete Schwester und jeder Pfleger deren Technik beherrschen und das in der Prüfung nachweisen. Das ist doch in jedem Krankenhause auch nicht anders. Und unerlaubte Mißbräuche sind bei der heutigen Dosierungsweise durch Arzneitabletten und Ampullen mit Sicherheit auszuschließen dadurch, daß die verantwortliche Schwester nur wenige, genau abgezählte, Tabletten und Ampullen in die Hand bekommt und deren Verbrauch nach dem Arzneibuche genau nachweisen muß. Was nicht nachgewiesen wird, muß noch vorhanden sein. Ein gewisses Maß von Vertrauen muß einem gut ausgebildeten Personal gegenüber vorhanden sein; ohne das kommen wir in einer Heilanstalt am allerwenigsten aus. Im allgemeinen Krankenhaus passen die Kranken schon selber auf, daß sie das erhalten, was der Arzt verordnet hat; in der Anstalt fehlt diese Kontrolle so gut wie vollkommen. Wird eine Pflegeperson bei Mißbrauch oder Bruch dieses Vertrauens erwischt, so ist sie eben für ihre Vertrauensstellung ungeeignet. Ein Verdacht in dieser Richtung ist uns aber im Betrieb der hiesigen Anstalt (seit 1919) noch nicht aufgekommen.

Unser Verbrauch an chemischen Beruhigungs- und Schlafmitteln betrug im Juli 1928 (es ist wieder der Monat herausgegriffen, der der Bearbeitung unmittelbar vorherging) auf der Frauenseite bei einem Krankenbestande von durchschnittlich 497:

0,001	Scopolamin in 1 Tagesfall		
1,13	Morphin }		
0,113	Scopolamin } als Kombination in	104	Tagesfällen
88,0	Sulfanol in	43	„
275,0	Paraldehyd	32	„
68,5	Trional	32	„
73,5	Veronal	42	„
28	ccm Somnifen	14	„
3,7	Noktal	23	„
0,14	Morphin	6	„
	zusammen:	297	Tagesfälle

Auf der Männerseite waren die Mengen im Verhältnis — wie wohl meist — etwas geringer und die Zusammenstellung eine etwas andere, wie sich das aus der individuellen Einstellung der Ärzte von selbst ergibt.

Nicht enthalten ist in der Übersicht das an Epileptiker zur Behandlung der Anfälle laufend und kurmäßig gegebene Luminal; dagegen enthält sie auch alle Arzneigaben, welche lediglich zur Bekämpfung der

Schlaflosigkeit verwendet sind, ferner alles, was zur dauerschlafähnlichen und zur „niederhaltenden“ Behandlung (s. o.) verwendet ist. Immerhin sieht man, daß es gar nicht so wenig ist, was wir verbrauchen, und daß es beispielsweise weit hinausgeht über das, was *Thumm* [1]) aus seiner Anstalt berichtet, wenn es auch bedeutend weniger ist, als was wir früher brauchten. Auf alle Fälle ist es viel mehr, als mir lieb ist.

Gerade wie bei den Isolierungen können wir auch hier wieder die Feststellung machen, daß eine ganz geringe Zahl von Kranken uns die „Statistik verdirbt“, indem sie für sich allein einen Löwenanteil des genannten Verbrauchs in Anspruch nehmen. Geradezu dumm und einer „aktiven“ ärztlichen Tätigkeit entgegengesetzt wäre es aber, wollten wir nun uns einfach damit trösten, daß wir im Sommer 1928 „so viele unruhige Aufnahmen“ gehabt hätten, oder daß einzelne alte Anstaltsinsassen „eben nicht ruhig zu kriegen“ seien oder daß gar unsere Westfalen so viel unruhiger wären als die Schwaben *Thumms*. Vielmehr werden wir die einzelnen Fälle, besonders die „Großverbraucher“, ganz besonders aufs Korn nehmen und sehen müssen, ob nicht auf psychischem Wege noch das zu erzielen ist, was die Sedativa nicht geleistet haben. Ergänzend kann ich jetzt (Jan. 29) hinzufügen, daß das inzwischen geschehen ist, und zwar bezüglich der meisten Fälle mit deutlichem Erfolg. Dafür sind allerdings andere wieder hinzugekommen. Eben so falsch wäre es natürlich, die Arzneistatistik einfach dadurch zu verbessern, daß man ohne Rücksicht auf dann aufkommende Unruhe weniger verordnet. Der Imperativ „Ruhe“ ist kategorisch! Seine Erfüllung ist die primäre Forderung. Für den „aktiven“ Arzt handelt es sich niemals darum, ob er sie erfüllen will, sondern nur darum, wie er das machen wird.

Die schwierigsten Aufgaben bieten der Therapie einerseits manche Anstaltsinsassen, bei denen die „höheren“, mehr im Bewußten ablaufenden, seelischen Funktionen noch verhältnismäßig wenig gestört sind (Psychopathen, Epileptiker, manche mäßig Imbecille), andererseits aber die Kranken, wo diese bewußtere Seelentätigkeit sehr weitgehend oder auch völlig durch die elementare Hirnstörung ausgeschaltet ist: mit starker Verwirrtheit einhergehende schwere Erregungszustände bei Amentia, bei Initialzuständen und neuen Schüben der Schizophrenie und gelegentlich auch bei Paralyse. Bezüglich dieser letzteren Kranken ist bereits im ersten Teile dieser Arbeit (l. c. S. 108) erwähnt, daß wir auch sie trotz ihrer Erregung, und geradezu zu deren Bekämpfung, möglichst frühzeitig zu einer Betätigung heranzuziehen suchen. Die zweifellos hier vorliegenden elementaren Reizerscheinungen suchen wir dabei

[1]) Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych., Bd. 103.

durch kleine Gaben entsprechender Arzneimittel zu bekämpfen oder wenigstens so weit zu dämpfen, daß mit dem systematischen „übenden Hindrängen nach der sozialen Richtung" begonnen werden kann. Gelingt — bei möglichst ruhigem Vorgehen — auch die einfachste und leichteste Beschäftigung nicht, was zunächst oft der Fall ist, dann wird versucht, den angekleideten Kranken wenigstens einmal ½ bis 1 Stunde im Abteilungsgarten spazieren zu führen, d. h. ihn daran zu gewöhnen, am Arm des Pflegers zunächst wieder die geregelte Bewegung des geordneten Gehens auszuführen, ohne dabei über Rasenplätze und Blumenbeete zu laufen, an allen Zweigen zu zupfen, mit den Armen umherzufuchteln. Dabei müssen alle anderen Reize ausgeschaltet bleiben: jede brüske Gewaltanwendung, vieles, noch so gut gemeinte „Hineinreden" in den Kranken, das Vorbeigehen irgend welcher Personen, das sichtbare Erscheinen des Arztes usw. Die etwa erwünschte ärztliche Beobachtung muß unauffällig geschehen. Ich habe es wiederholt erlebt, daß in schwerer „manischer" Erregung aufgenommene Kranke, die im Garten schon ganz ordentlich und ruhig am Arm der Pflegerin dahingingen, und die ich in diesem Zustand auch schon einige Zeit von der Veranda des Nachbarhauses aus beobachtete, sofort mit ihrem Umherfuchteln und unzusammenhängenden lauten Reden wieder loslegten, wie sie mich und die etwa bei mir befindlichen Kollegen erblickten. In diesen Zuständen ist es oft auch einmal einige Tage lang zweckmäßig, die Kranken noch den gemeinsamen Tagesräumen fern zu halten, um die von anderen Personen ausgehenden „Reize" zu vermeiden; die immer wieder vorsichtig eingeschobenen Beschäftigungsversuche müssen dann auch in gerade freien Räumen (bei Tag leerer Schlafsaal, Waschraum usw. oder im Zusammenhang mit dem Spazierengehen im Garten — Laub zusammenharken usw. — vorgenommen werden. Müssen wir, um die zu allen diesen Maßnahmen nötige Ruhe herzustellen, zu stärkeren Arzneigaben greifen, dann führt die eintretende Schläfrigkeit öfters schon ganz von selbst zur Bettruhe; und sieht der Arzt, daß es im Bett besser geht als draußen, dann — ist es auch bei uns nur logisch, daß nicht ein starres Prinzip — und sei es das der Beschäftigung — entscheidet, sondern die tatsächliche Erfahrung des Einzelfalls. In schwierigen Fällen ist immer das Mittel das richtige, das am schnellsten — hilft!

Ich komme damit zur Bettbehandlung als Hilfsmittel einer aktiven Therapie. Sie ist ein wertvolles Arzneimittel, für das eine individualisierende Indikationsstellung und Dosierung genau so wichtig ist, wie etwa beim Morphium und bei anderen Arznei-

mitteln, die neben der wertvollen therapeutischen auch eine toxische Wirkung haben. Nur erstere soll nutzbar gemacht, letztere vermieden werden. Wir dürfen auch von diesem Arzneimittel nie mehr anordnen, als zur Erreichung des jeweils erwünschten Erfolges unbedingt nötig ist; und immer müssen wir uns der im ersten Teil der Arbeit besprochenen Gefahren und Nebenwirkungen bewußt bleiben. Allgemein gültige schematische Indikationen für die Bettbehandlung kenne ich — abgesehen von den für körperliche Erkrankungen bestehenden — nicht. Fast immer bleiben wir darauf angewiesen, im Einzelfall zu probieren und genau zu beobachten, wie der Kranke auf die verschiedenen Einwirkungen, zu denen eben auch die Bettruhe gehört, reagiert. Einzelnes aus unseren Erfahrungen ist darüber oben schon mitgeteilt. Über die Wirkungsweise der Bettruhe besitzen wir ja, besonders aus den beiden Jahrzehnten von etwa 1890 bis 1910, eine umfangreiche Literatur, auf die ich hier nur hinweisen kann. Mir scheint im Vordergrund der Wirkung die psychische Isolierung, die Ausschaltung der von außen kommenden Reize, zu stehen. Sicher trifft dies zu bei vielen Epileptikern zurzeit ihrer Anfälle, bei anderen starken Stimmungsschwankungen unterworfenen Kranken in den Stunden ihrer „schlechten Laune", manchen Frauen zurzeit der Menses, nach schlaflosen Nächten usw. Kranke, die sonst, wenn sie sich über irgend etwas geärgert haben, stundenlang schimpfen und die Umgebung aufzureizen pflegen, hören damit auf, wenn sie allein im Bett liegen und niemand mehr haben, der ihnen zuhört. Ohne weiteres bleibt es verständlich, weshalb bei Erregungen, die von innen kommen (z. B. den durch Sinnestäuschungen bedingten) die Bettbehandlung meist nichts hilft. Neben der isolierenden Wirkung der Bettlage machen wir uns gerade in den Fällen schwerster elementarer Erregung gelegentlich auch die „einlullende", die Lebensvorgänge herabsetzende Wirkung nutzbar. In diesen Fällen streben wir ja geradezu das „Einschlafen" einer schädlichen Form der Lebensbetätigung an. Der Arzt darf aber gerade hierbei nicht vergessen, daß dieses „Einschlafen" sich von vornherein nicht nur auf die schädlichen, krankhaft gesteigerten Lebensäußerungen erstreckt, sondern auf alle Lebensvorgänge überhaupt, also auch die nützlichen und notwendigen, die gesunden. Zweifellos wird dadurch wieder einmal ein Dilemma therapeutischer Indikationen geschaffen, aus dem oft nur eine scharfe psychologische Analyse des Einzelfalls, große psychiatrische Erfahrung und — nicht zuletzt — ein gewisser Wagemut heraushilft. Dieser Zwiespalt klafft häufig auch zwischen der körperlichen und der psychischen Indikation zur Bettbehandlung. Nach unseren, jetzt

über längere Jahre und sehr zahlreiche Einzelfälle ausgedehnten, Erfahrungen kommen wir mit ihr in der Regel bei schweren elementaren Erregungszuständen, ganz unabhängig von der Form der Psychose, nicht recht vorwärts, dagegen fast immer auffallend schnell mit dem oben geschilderten, aktiveren Verfahren. Gerade solche Kranke haben aber häufig infolge ihrer Unruhe entzündete kleine Verletzungen, die sich zu fieberhaften Phlegmonen auswachsen. Oft kommen frisch aufgenommene Kranke mit solchen schon in die Anstalt. Auch Verletzungen durch Hinfallen, innere Erkrankungen spielen mit in Behandlung hinein in dem Sinne, daß alle diese Dinge eine ernstere Indikation für die Bettruhe darstellen, während die psychische Indikation aus dem Bette herausführen würde. Mußten wir der ersteren nachgeben, dann sahen wir oft genug die früheren häßlichen Wachsaal-Bilder sich entwickeln mit unbeherrschbarer Unruhe, Unsauberkeit, Zerreißen, Erstarren des Krankheitsbildes. Und alles das wendete sich schnell zum Besseren, sobald die Besserung der körperlichen Krankheit die Wiedereinleitung einer „aktiveren" psychischen Behandlung ermöglichte. Bei einzelnen Kranken haben wir die Hin- und Herentwicklung in diesem Zusammenhang sogar wiederholt beobachten können. Wir sind deshalb langsam dazu gelangt, bei solchem Zwiespalt die körperliche Indikation zur Bettruhe so weit einzuschränken, als es irgend verantwortet werden kann, und zwar auch bei mäßigem Fieber. Besonders jungen, noch gewissenhaft an den in der inneren und chirurgischen Klinik gelernten Indikationen hängenden Ärzten fällt diese therapeutische Umstellung oft nicht ganz leicht. Aber man überlege doch folgendes: Finden wir eine solche verwirrt-erregte Kranke, etwa wegen Bronchitis mit mäßigem Fieber, im Bett, können wir folgendes beobachten: Sie sitzt halb aufrecht, läßt weder Hemd noch Nachtjacke zugeknöpft, schlägt die Bettdecke vom halben Körper zurück; alle paar Minuten bringt eine Krankenschwester Kranke und Bett wieder in Ordnung und eine Minute später ist immer wieder das gleiche Bild da. Noch schlimmer wird es, wenn die Schwester sich neben die Kranke setzt und sie in gut zugedeckter Lage festzuhalten sucht; dann entfacht sie nur den bereits einmal erwähnten, so verhängnisvollen körperlichen Kampf mit der Kranken. Betrachte ich solche Situation auch nur unter dem Gesichtspunkt der körperlichen Krankheit, dann ist doch gerade das, was hier durch die Bettlage angestrebt wird, gleichmäßige Wärme und Ruhigstellung, nicht vorhanden und auch auf diese Weise am allerwenigsten zu erreichen. Auch die körperliche Indikation wird viel besser erfüllt, wenn wir die Kranke warm anziehen und sie mit einem Strickstrumpf auf

bequemem Sessel zwischen die anderen Kranken setzen, oder sie bei warmem Wetter auch einmal im Garten spazieren führen. Auch der Begriff „Ruhe" ist etwas Relatives; wo wir Ruhe in der Therapie brauchen, kann es sich immer nur um die im Einzelfall erreichbare Ruhe handeln. Zum Wesen der Anwendung eines sehr ernsten therapeutischen Hilfsmittels nach genau erwogener ärztlicher Indikation gehört es unmittelbar, daß niemals der Kranke nach jeweiliger Laune, nach Faulheit, Eigensinn („Bettsucht" steht auf der gleichen Höhe wie Morphiumsucht!) über Aufstehen oder Bettruhe bestimmt, sondern wirklich nur der Arzt, und zwar nicht nach den Wünschen des Kranken, sondern nach dessen Wohl!

Haben alle bisher besprochenen Beruhigungsmittel nicht geholfen, dann tun es Dauerbad und Ganzpackung in der Regel auch nicht. Wir müssen uns darüber klar sein, daß die Packung in den Fällen starker motorischer Erregung immer ein mechanisches Restraint schlimmster Sorte darstellt, dem gegenüber die Zwangsjacke das reine Waisenkind ist. Trotzdem erlebten wir es von Zeit zu Zeit, daß sie noch Ruhe schaffte, nachdem alles andere versagt hat. Wir machen von diesem Hilfsmittel nur noch sehr selten Gebrauch (die letzte Anwendung hat, wie ich jetzt feststelle, vor fast Jahresfrist stattgefunden und damals — es handelte sich um eine sehr störende Imbezille — nichts geholfen!). Dagegen hat uns in schwierigen Fällen ein über mehrere Stunden oder auch einmal über ganze Tage fortgesetztes Bad doch immerhin öfter noch einen erträglichen Zustand gebracht, besonders in Verbindung mit mittleren Gaben von chemischen Beruhigungsmitteln. Über längere Zeit haben wir diese Behandlung nie fortzusetzen brauchen; und Nachts wenden wir das Dauerbad nicht an, schon mit Rücksicht auf den dadurch bedingten großen Aufwand und die große Ruhestörung der ganzen Abteilung. Daß jeder Versuch, aufgeregte Kranke durch gewaltsames Festhalten im Dauerbad zu fixieren, als biologisch sinnlos abzulehnen ist, bedarf nach den allgemeinen Ausführungen dieser Arbeit keines weiteren Wortes. Denn ein solches Vorgehen kann nur zu Kampf mit dem Kranken, niemals zu seiner Beruhigung führen!

Ganz anderer Art sind die Schwierigkeiten, die uns Psychopathen und die geistig nur in geringem Grade geschädigten Epileptiker und Imbezillen verursachen. Hier kann man geradezu sagen, daß die wenig geschädigte geistige Kraft oft zielstrebig zum unsozialen Verhalten benützt wird. Gar nicht selten begegnet uns sogar der ausgeprägte „Wille zum Bösen", der Wille, anderen Menschen übles zuzufügen, ohne selbst einen erkennbaren Vorteil davon zu haben.

Es soll hier nicht erörtert werden, ob und wie weit diese Grundeinstellung auf ererbter Veranlagung beruhen kann, wie weit sie durch Gewöhnung bzw. Fehlerziehung entstanden ist. Zum Glück ist es auch nur ein geringer Bruchteil der Minderwertigen aller Art, welcher der Behandlung so besonders große Schwierigkeiten bietet. Gerade für diese Menschen gilt es aber ganz besonders, daß ihre unsozialen Eigenschaften in der Hauptsache gar nicht dem kranken Anteil der Persönlichkeit, der Schädigung elementarer Kräfte, entstammen, sondern geradezu unmittelbarer Ausfluß einer recht kräftigen und sehr ansprechbaren und auf die Gegebenheiten der Umwelt sogar mit unheimlicher Logik reagierenden Lebensenergie sind, allerdings einer oft recht elementaren Logik, die mehr darauf abgestellt ist, die Umwelt sich anzupassen, als sich selbst der Umwelt anzupassen. Das Ergebnis kann nur Kampf sein; Kampf, der für die Außenwelt damit beendet zu werden pflegt, daß die unsozialsten Minderwertigen aller Art schließlich in der Irrenanstalt landen, um hier ihren Angriffskrieg weiter zu führen gegen eine Umwelt, für welche Verantwortung und Führung in Händen des Psychiaters liegen. Auch in diesem Kampfe kann schließlich nur die konsequentere Logik siegen. Denn die stärkeren psychischen Machtmittel kämpfen zweifellos auf der unsozialen Seite und werden von da auch mit aller Rücksichtslosigkeit eingesetzt: Fordern in allen Tonarten, Drohen, brutale Gewalt, Affektausbrüche aller Register, Auflehnung, Lüge, Verleumdung usw. Auf der ärztlichen Seite sind die wirklichen Machtmittel sehr eingeschränkt. Und das wissen die hier in Betracht kommenden Menschen (ich vermeide in diesem Zusammenhang absichtlich das Wort „Kranke“) ganz genau, und richten sich danach. Sie selbst erkennen für sich keinerlei Gesetze an, achten aber genau darauf, was die andern dürfen und was nicht. (Übrigens genau wie im Kriege!)

Daß die Kampfeinstellung hier oft eine ganz bewußte ist, beweisen häufige Äußerungen der Minderwertigen selbst: „Ich will ins Landhaus verlegt werden, sonst mache ich Krach“ — „wenn ich nicht mit zum Feste darf, dann schlage ich Euch alle Scheiben ein“. Ein frisch aus einer Epileptikeranstalt (weil dort zu unsozial) hierher übergeführter Epileptiker schmettert als erste Betätigung hier einen Blumentopf gegen die Wand mit den Worten: „Ich will Euch einmal zeigen...“ Ein anderer Epileptiker, aus der gleichen Anstalt kommend, renommiert: „Ich bin mit B.... fertig geworden, ich werde auch mit Gütersloh fertig“. Die Duplizität der Fälle brachte es mit sich, daß fast gleichzeitig ein aus dem Arbeitshause nach hier übergeführter unsozialer haltloser Psychopath und Landstreicher wörtlich den gleichen Satz aussprach. Nicht uninteressant ist auch die Einstellung dieser Menschen gegenüber unseren Bestrebungen in der Krankenbehandlung: die besonneneren Kranken wissen alle, daß

Ruhe und Ordnung auf den Krankenabteilungen uns sehr wichtig sind. Und selbst diese Tatsache wird als Kampf- und Drohungsmittel benützt: „Wenn ... (Ihr mir nicht den Willen tut), dann sollt Ihr heute Nacht aber einmal Spritzen geben“ oder „,... dann soll heute Nacht niemand ein Auge zutun“. An den Arzt selbst kommt der Minderwertige mit seiner Tyrannei nicht heran, deshalb läßt er seine allerhöchste Ungnade darin aus, daß er ihm den Erfolg seiner Arbeit stört. Die Taugenichtse wissen genau, wo wir verwundbar sind. In der Tat ist ein großer Teil unserer nächtlichen Isolierungen und Arzneimittelgaben in letzter Linie auf diese ganz zielstrebige Störung unserer Arbeit durch einzelne Elemente zurückzuführen. Die schlimmsten Fälle dieser Art aus den letzten Jahren betrafen (bei einem Krankenbestand von etwa 900): einen männlichen Epileptiker, von dem eine wohltätige Pneumonie vor einigen Monaten die Umwelt erlöste; ferner von weiblichen Kranken: 3 Minderwertige ohne ernstere geistige Störung, eine Epileptische und zwei Imbecille. Läßt man aus den Tagesberichten einmal zusammenstellen, welches Unheil solche einzelne Kranke an Milieuschädigung — und damit an Schädigung ihrer Mitwelt — im Laufe eines Jahres bei Tag und Nacht angerichtet hat, so ist man geradezu erschüttert. Eine — bei manchen sogar eine recht weitgehende — Milderung hat sich bei allen, bis auf den verstorbenen Epileptiker, erzielen lassen. Aber es mußte und muß fortwährend sehr viel Mühe, Ausdauer, Aufmerksamkeit und Tatkraft darauf verwendet werden, nicht nur von seiten aller Anstaltsärzte einschließlich des Direktors, sondern auch von seiten des Pflegepersonals.

Unsere Grundeinstellung dieser Art von Menschen gegenüber geht von der Erkenntnis aus, daß sie sich nach der unsozialen Richtung hin nicht das leisten, was sie aus ihrer angeblichen Krankheit heraus müssen, sondern das, was sie nach Maßgabe der sich ihnen entgegenstellenden Widerstände leisten können und das ist genau so viel, wie die Umwelt sich bieten läßt! Das gilt in abgestuftem Maße auch von vielen anderen Kranken, besonders von Schizophrenen. Denn alles Leben wirkt sich, wie jede andere Energie auch, im umgekehrten Verhältnis zu den sich entgegenstellenden Widerständen aus; und die Reaktionsformen fixieren sich, mit denen man öfter oder gar regelmäßig — durchkommt. Die wichtigste logische Folgerung, die sich aus dieser Erkenntnis für die Behandlung sehr unsozialer Menschen ergibt, ist die, daß man einem unsozialen, frechen, drohenden Verhalten niemals fühlbare Vorteile und Annehmlichkeiten folgen lassen darf, auch nicht „um des lieben Friedens willen“. Ich erinnere an das, was im allgemeinen Teil über das Zurückverlegen der Kampffront und seine notwendigen Folgen gesagt ist. Man schafft sich vielleicht für den Augenblick Ruhe, aber um den Preis einer Niederlage; eine Niederlage ist aber immer der Ausdruck dafür, daß der Gegner im Kampfe eben — der Stärkere war; und zwar in diesem Falle sogar der Stärkere in der Logik des

Handelns. Und derartige Niederlagen sehen wir unsere weniger erfahrenen jüngeren Kollegen gar nicht so selten erleben, womit nicht gesagt sein soll, daß jeder ältere Kollege dagegen gefeit wäre. Sieht oder merkt der Kranke, daß man durch Auftrumpfen, Heulen, Schimpfen, Drohen usw. bei einem Arzte etwas erreichen kann, oder daß der Arzt gar Angst vor ihm und seinen Ausbrüchen hat, dann wird er unweigerlich bei der nächsten Gelegenheit aus seiner Erfahrung die logischen Konsequenzen ziehen; und das gilt nicht nur für Kranke, die noch über klares Denken und zielbewußtes Wollen verfügen, sondern diese elementare biologische Logik findet ihren Weg auch im Unterbewußtsein des Katatonikers, des Maniacus und des Paralytikers.

Die zweite Folgerung aus den biologischen Zusammenhängen ist: Niemals sich in einen offenen Kampf mit unsozialen Kranken einzulassen. Denn in solchem Kampfe unterliegt der Arzt so gut wie immer, weil ihm ja für ihn die letzten Trümpfe fehlen, die allein der Kranke in der Hand hat. Man denke nur an das oben erwähnte nächtliche ruhestörende Skandalieren, gegen das auf die Dauer weder Isolierung noch Scopolaminspritze, noch sonst ein Gewaltmittel hilft. Und zu ihm gelangen die sehr unsozialen Kranken im Kampfe gegen die Anstalt und den Arzt sehr schnell; denn in solchem Kampf greifen auf seiten des Kranken sehr schnell auch alle Äußerungsformen und Grade des Affekts mit ein. Und wenn es einmal so weit ist, dann ist der Kampf für den Arzt vorerst verloren. Die einzige Waffe, auf die sich der Psychiater wirklich und in allen Lagen verlassen kann, ist — seine persönliche Überlegenheit, die er nie preisgeben darf. Sie findet ihren Ausdruck in der unbeirrbaren sicheren Logik der Kette: Beobachten — Denken — Handeln. Die Stärke dieser Logik liegt aber — bei der tatsächlich ungünstigen physischen Kräfteverteilung — nicht im Angriff sondern in der Verteidigung, in der Abwehr. Jeder ältere Irrenarzt verfügt wohl über den einen oder anderen Fall, wo er durch tatkräftiges festes Zupacken einen schwer unsozialen Kranken „untergekriegt" hat. Das sind aber Ausnahmen, auf die man sich nie verlassen darf. Erleidet der Psychiater bei solchem angriffsweisen Vorgehen eine Niederlage, dann ist seine Aussicht, doch noch zu gewinnen, sehr verschlechtert.

Auch in der Abwehr muß alles vermieden werden, was den Gegner unnötig reizt, da wir nur so verhüten können, daß die meist vorhandene Affekterregbarkeit zu Entladungen geführt wird.

Wie vorsichtig man in dieser Beziehung sein muß, zeigt folgendes kleine Erlebnis: Zwei weibliche Fürsorgezöglinge, beide schwer psychopathisch, wegen ihres unsozialen Verhaltens schließlich in der Irrenanstalt

gelandet. Auch hier längere Zeit sehr störend und oft in Kampfstellung gegen Anstalt und Ärzte. Mit vieler Mühe war eine weitgehende Umstellung erzielt; und es herrschte längere Zeit Frieden. Ein junger Arzt trifft bei der Visite die beiden in der Nähstube; sie hatten sich an zwei zusammenstehende Nähmaschinen plaziert und unterhielten sich bei der Arbeit viel miteinander. Wir vermeiden gerne ein solches näheres und längeres Zusammensein unsozialer Elemente, da sie meist nicht viel Gutes voneinander lernen. Der Arzt macht die halb scherzhafte Bemerkung: „Na, da sitzen ja mal die beiden Richtigen zusammen". Folge bei der einen: ein mehrere Wochen dauernder schwerster affektiver Erregungszustand mit heftiger Kampfeinstellung und häßlichsten Ruhestörungen. Richtig war es, die beiden zu trennen, aber ohne sie dabei zu reizen. Das war gar nicht schwierig, wenn der Arzt zunächst von seiner Beobachtung scheinbar gar keine Notiz, dann aber Gelegenheit nahm, mit der Oberin eine anderweitige Beschäftigung der einen von beiden zu vereinbaren, die wieder am nächsten Tag ganz unauffällig unter irgend einer anderen, freundlich gegebenen Begründung ins Werk gesetzt wurde. Die Kranken brauchen ja nicht über alles Bescheid zu wissen, was wir für sie denken und tun. Leider geschehen in dieser Beziehung wohl in allen Anstalten — und auch bei uns noch — recht viele Unzweckmäßigkeiten durch unnötige Geschwätzigkeit untergeordneter Organe, die bei der Ausführung solcher fürsorgerischen Anordnungen sich doch nicht enthalten können, den Kranken ihre Meinung über das „warum" mitzuteilen.

Die wichtigste Abwehrtaktik des Arztes gegenüber unsozialen Angriffen aller Form liegt im Ausweichen gegenüber allen Erörterungen, die einen häßlichen Charakter anzunehmen drohen. Dadurch wird viel Unheil verhütet. Seit vielen Jahren habe ich es mir zur festen Richtschnur gemacht, mich von keinem Anstaltsinsassen anpöbeln oder unhöflich behandeln zu lassen; macht einmal ein frisch gekommener jugendlicher Schizophrener oder Epileptiker oder was er sonst auch sein möge, nur im geringsten Miene dazu, dann wende ich mich von ihm ab und lasse ihn stehen, ohne ein Wort zu sagen; denn in solcher Lage kann jedes Wort eine Entladung entfesseln. Wird ein Kranker dann doch laut und störend, dann wird genau so verfahren wie in allen anderen ähnlichen Fällen (s. o.). Aber nachher wird ihm vom Pflegepersonal gelegentlich und freundschaftlich, ja nicht in zurechtweisendem Tone, gesagt, daß man sich hier ruhig und höflich zu benehmen pflege, wenn man miteinander spricht. Und nach spätestens einigen Tagen, während deren ich diesen Kranken möglichst ganz in Ruhe lasse, kann er mit einem Male seine Wünsche auch anständig vorbringen. Gelernt haben diese ruhige und anständige Verkehrsform bis jetzt noch so gut wie alle halbwegs besonnenen Kranken. Begegnen wir jedem Kranken und zu jeder Zeit wie einem anständigen, gesunden Menschen, ruhig, mit ernster, wohlwollender Sachlichkeit, frei von verletzender Herablassung und von aufdring-

licher Vertraulichkeit, frei von weichlichem Mitleid im Unterton, dann werden sich die meisten Kranken ganz von selbst auch als anständige Menschen benehmen oder sich wenigstens Mühe geben, es zu tun. Verhandlungen mit aufgeregten Menschen sind überall und unter allen Umständen ergebnislos, arten leicht in Wortgefechte aus und steigern nur noch die Aufgeregtheit. Andererseits wirkt auch jeder von seiten des Arztes und des Pflegepersonals gegenüber dem Kranken angewendete schroffe und grobe Ton ungünstig und aufreizend. Er legt die Gefahr nahe, daß der Kranke sich auf den gleichen Ton einstellt, was der Autorität immer schadet.

Alle erzieherischen Belehrungen und Zurechtweisungen wirken schon auf jeden gesunden Menschen — auch wenn sie noch so berechtigt sind und noch so höflich vorgebracht werden — irritierend und fordern die Abwehr (des „unmittelbaren", „persönlichen" Angriffs auf die eigene, selbständige Auswirkung der Lebensenergie! s. o.) heraus; diese, meist gleichzeitig affektbetonte, Abwehrstellung ist also durchaus nichts Krankhaftes. Der Gesunde, wenigstens sofern er einigermaßen erzogen ist, überwindet die elementare Abwehr-Einstellung durch Besonnenheit und Überlegung. Dem Geisteskranken und -Schwachen fehlen mehr oder weniger diese Fähigkeiten. Also werden alle Versuche, auf ihn durch Wortbelehrung und Ermahnung korrigierend einzuwirken von vornherein zum Mißerfolg verdammt sein, und, besonders wenn sie häufig wiederholt werden, noch die große Gefahr einer zunehmend affektbeladenen Kampfeinstellung mit sich bringen. Das gilt wieder ganz besonders für die schwer erziehbaren Minderwertigen aller Art. Sehr viele Mißerfolge bei der Behandlung solcher Menschen sind auf die Nichtbeachtung dieser elementaren Tatsachen zurückzuführen. Nur so kann ich mir auch die in unseren Anstalten häufig gemachte Erfahrung erklären, daß intellektuell mäßig gestörte, „psychopathische" Fürsorgezöglinge beiderlei Geschlechts, die in den Fürsorgeanstalten fortlaufend die schwersten bis zur „Tobsucht" gesteigerten, affektiven Erregungszustände darboten und wegen dieser zuletzt in der Heilanstalt landeten, bei jahrelangem Aufenthalt in dieser keine Spur mehr von unsozialem Verhalten zeigten, sondern dauernd ruhig, fleißig, zugänglich waren. Die so verschiedene Grundeinstellung (dort Kampf — hier Friede) war gar nicht in einem veränderten Geisteszustand der Zöglinge, sondern nur in der verschiedenen Einstellung der Umwelt begründet!

Aber auch abgesehen von der instinktiven Abwehr, welche die erzieherische Belehrung meist auslöst, kann sie uns bei unseren meisten Geisteskranken schon deshalb nichts nützen, weil dazu wesentliche

Voraussetzungen: klares Erfassen, klares Denken, zielsicheres Wollen, fehlen. Noch mehr gilt das für die Belehrung über Pflichten gegen andere im Sinne des Altruismus, wo auch noch die meist ganz unerfüllbare Forderung an den Kranken gestellt wird, seine elementaren Neigungen und Antriebe zugunsten der von außen kommenden persönlichen Forderung zurücktreten zu lassen. Auch das ist schon für den Gesunden eine sehr starke Zumutung.

Es ist in dieser Arbeit schon wiederholt auf die Nachteile der groben Gewaltanwendung hingewiesen. Nur selten wird man von ihr einen positiven Erfolg sehen. Nicht zu umgehen ist ein zwangsweises Vorgehen — nötigenfalls auch unter Anwendung von Gewalt — nur zum unmittelbaren Schutz des Kranken selbst und der Umgebung vor den Auswirkungen seines krankhaften Verhaltens und zur Durchführung der unbedingt notwendigen Pflege bei widerstrebenden Kranken: Wir können nicht die Kranken in Schmutz, Ungeziefer und Unordnung verkommen lassen bloß deswegen, weil sie sich wie ungezogene Kinder plärrend gegen das Waschen, das Anziehen, das Kämmen sperren. Aber bei allen solchen Maßnahmen hängt wieder die psychische Wirkung sehr vom Verhalten des Erziehers ab: Mit wirklich überlegener Kraft, Ruhe, Selbstbeherrschung und vor allem Konsequenz überwindet man meist bald den ungebärdigen Kranken auch psychisch, indem er der mehr unpersönlich, schicksalmäßig und unausweichlich sich auswirkenden Macht nachgibt, weil das der einzige Weg ist, der ihm offen bleibt. Ganz verderblich ist es, wie sich in unseren Anstalten immer wieder zeigt, wenn es bei der Gewaltanwendung zu einem Kampfe, zum „Zerren" mit dem Kranken kommt. Das ist dann der Fall, wenn die Gewaltanwendung an sich richtig, aber mit ungenügenden oder falsch oder unkonsequent eingesetzten Kräften unternommen wird; denn mit jeder Sekunde, die ein solches Zerren dauert, werden im Kranken neue Affekte, Zorn, Wut, Haß usw. entfacht und gesteigert, die dann auch auf seine Grundeinstellung zur Anstalt und zu Arzt und Pflegern zurückwirken. Daß es auch ein schädliches „chemisches Zerren" mit den Kranken in Form von zielloser, inkonsequenter Arzneianwendung gibt, sei nur nebenbei erwähnt.

In diesem Zusammenhang noch ein Wort zu den mechanischen Zwangsmitteln: Wir besitzen seit vielen Jahren weder Zwangsjacke noch Zwangshandschuhe und haben hohes Kastenbett, Gitterbett, Hängematten nie besessen. Wer allerdings doch gelegentlich — wie wir es auch tun — noch die feuchte Ganzpackung bei sehr ungebärdigen Kranken anwendet, darf die Anwendung der anderen

genannten Hilfsmittel nicht in Bausch und Bogen verdammen. Wenn ich aufrichtig sein will, muß ich sagen, daß ich die alte, ehrliche Zwangsjacke in vieler Beziehung für viel harmloser halte als die Ganzpackung. Sie ist leichter und mit weniger Kampf anzulegen, birgt nicht die Gefahr der Hitzestauung und die der Atmungsbeengung, die bei der Packung doch immer zu befürchten sind. Und gegenüber dem noch so oft geübten persönlichen Festhalten durch Pflegepersonal sind alle die genannten mechanischen Hilfsmittel immer noch das kleinere Übel, weil sie den Kranken nicht so zum fortgesetzten Kampfe herausfordern. Bei manchen, nicht gerade störenden, aber die Kranken selbst schädigenden Gewohnheiten würde nach meiner Überzeugung, die aus anderen Erfahrungen abgeleitet ist, eine mechanische Festlegung der Hände geradezu psychotherapeutisch zur Erzielung einer Gegengewöhnung angewendet werden können. Jede Anstalt beherbergt z. B. einzelne, sonst ruhige und sogar fleißig arbeitende Kranke, denen es aber auf keine Weise abzugewöhnen ist, sich das Gesicht und die Hände zu zerkratzen, so daß sie immer blutige Stellen haben, oder sich die Haare auszuziehen, bis der Kopf völlig kahl ist. Wir bemühen uns immer, durch große Aufmerksamkeit des Personals bei Tag und Nacht diese Gewohnheiten zu bekämpfen, meist auch mit Erfolg, bei einzelnen Fällen aber ohne einen solchen. Ermahnungen usw. sind da natürlich ganz aussichtlslos. Ich habe einem solchen Kranken (paranoide Demenz), der sonst ganz geordnet und auch fleißig ist, und gerne raucht, schon eine ganze Kiste Zigarren versprochen, wenn er seine dauernden Kratzwunden im Gesicht nur ein einziges Mal abheilen ließe. Auch das blieb ohne alle Wirkung. Würden wir solchem Kranken, sobald er mit dem Kratzen anfängt, die Hände an einem Gurt für eine Stunde befestigen, sie dann wieder mit der Aussicht frei lassen, daß die Wiederholung der Befestigung sofort erfolgen werde, wenn das Kratzen wieder begönne, und würden wir das mit der gleichen Konsequenz durchführen wie bei dem oben erzählten Beispiel von den unter der Bettdecke hervorgeholten Paralytikerhänden, dann würden wir in einigen Wochen auch mit Sicherheit das gleiche Resultat erzielen. Es wird Sache der persönlichen Anschauung bleiben, ob man diese, doch immer verhältnismäßig harmlosen Abwegigkeiten für ausreichend halten will, die aus der Anstalt nun einmal „verbannten“ Gurthandschuhe wieder einzuführen.

Stark umstritten blieb immer die faradische Suggestivbehandlung mancher Krankheitszustände, über die ich in Innsbruck kurz berichtet hatte. Nachdem unsere Versuche darüber zu einem gewissen Abschluß gelangt sind, werde ich demnächst über die Ergebnisse

und die sich daraus ableitenden Folgerungen zusammenhängend berichten. In den Rahmen der gegenwärtigen Übersicht über unser ärztliches Handeln paßt die, notwendigerweise etwas ausführlichere, Behandlung einer Einzelheit nicht hinein. Ein grundlegender Bestandteil der von mir empfohlenen größeren Aktivität ist die f. S. nicht. Das ergibt sich schon daraus, daß wir selbst schon 15 Jahre lang eine recht erfolgreiche „aktive Therapie" getrieben haben, ehe wir diese Versuche aufnahmen, und daß auch neuerdings wieder manche andere Anstalt ohne Anwendung ihrer faradischen Apparate zu gleich günstigen Erfolgen ihrer aktiveren Krankenbehandlung gelangt ist. Ich möchte aber hier nochmals die bereits in Innsbruck ausgesprochene Warnung vor Verallgemeinerung und Überschätzung des Verfahrens [1]) unterstreichen. Ich rate jedem uns besuchenden Collegen, der die Absicht hat, sich auf eine „aktivere Therapie" umzustellen, dies zunächst einmal für 1—2 Jahre durchzuführen, ohne den Zauberstab der Elektrode in die Hand zu nehmen; und sieht er bis dorthin, daß er in seinem Bereiche einen vollen Erfolg auch ohne sie erzielt hat, dann — um so besser! Aber das muß auch hier schon betont werden, daß auch bei der elektrischen Behandlung jedes grob-gewaltsame Vorgehen vom Übel ist und mehr Schaden als Nutzen stiftet.

Bekannt ist, daß viele Krankheitsbilder der Schizophrenie, der Manie, und sogar der Melancholie oft einen stark theatralischen Einschlag haben, der mit dem Wesen der Krankheit sicher nicht unmittelbar zu tun hat; wenn man die Anamnesen nicht kennt, kann man bei manchen beginnenden Schizophrenien Jugendlicher im Zweifel sein, ob man eine Hysterie oder eine wirkliche Psychose vor sich hat, so sehr überwiegt das Theatralische, das sichtlich „Gemachte", die Übertreibung. Diese Komponente des Krankheitsbildes ist wohl auch ein Bestandteil der durch die wirkliche Psychose „entkleideten" Persönlichkeit. Ob wirklich jeder Mensch „hysteriebereit" ist, mag dahingestellt bleiben; sicher aber ist diese Bereitschaft sehr verbreitet bei den schwächeren Naturen, die weniger auf Befriedigung ihres Auswirkebedürfnisses durch kraftvolle Leistung eingestellt sind und deshalb leicht zu dem schwächlichen Ersatz gelangen, durch allerlei auffallende Posen, Gesten, unbegründetes Klagen sich der Umwelt bemerkbar zu machen. In gesunden Tagen noch durch eine gewisse Selbstführung und Besonnenheit beherrscht, tritt diese Einstellung bei Fortfall solcher Beherrschung in der Psychose offener zutage. Erkennbar ist sie an dem aufdringlichen Charakter auftretender Ma-

[1]) S. Allg. Z. f. Psych. Bd. 81. S. 427.

nieren, Posen, Gesten, oder einem Gebahren das man als „Hokus-Pokus" bezeichnen kann; es tritt dann auf und steigert sich, wenn der Arzt oder die Oberin eintritt oder die Kranke ansieht oder gar sich mit ihr beschäftigt. Die Therapie kann nur die den älteren Nervenärzten geläufig gewesene Hysterietherapie sein: Nicht beachten, nicht hinsehen, vor allem keine gewaltsamen Therapieversuche, die meist gerade das Gegenteil eines Erfolges bewirken. Die Hysterie will ja, daß man sich mit ihren Entäußerungen recht viel beschäftigen soll; erreicht sie ihren Zweck, dann wird sie nur gestärkt. Ob man heute mit dem großen Wichtigtun mit all diesen hysterischen und anderen psychogenen Krankheitserscheinungen in und besonders außerhalb der Heilanstalten günstigere Heilerfolge hat, wie die Nervenärzte der alten Schule, oder ob man damit nicht diese Psychogenieen alle geradezu züchtet, das ist eine Frage, die ich mir oft vorlege, ohne sie befriedigend beantworten zu können.

Wichtig ist es für die Anstaltstherapie, daran zu denken, daß auch schwere Krankheitsbilder und selbst schwerste amentiaartige und maniakalische Erregungzustände oft noch eine starke psychogene Komponente — auch abgesehen von unmittelbaren Affektentladungen — enthalten, welche durch eine geeignete Psychotherapie sehr zu beeinflussen ist. Ich zweifle gar nicht daran, daß das häufige, auffallend schnelle Abklingen der schweren Erscheinungen, das wir jetzt im Gegensatz zu früheren Erfahrungen erleben, gerade durch die Beseitigung dieser psychisch bedingten und deshalb auch psychisch beeinflußbaren Komponente des Krankheitsbildes verursacht ist und nicht durch eine so schnelle Besserung der wirklichen Gehirnerkrankung. Was wir nach Beseitigung der „Übertreibung der Krankheit" noch übrig behalten, wäre demnach erst die Krankheit selbst. Erkennbar ist diese Übertreibung wieder an der groben Aufdringlichkeit der Erscheinungen, besonders dem Arzte gegenüber; und die Therapie wird — unbeschadet der oben bereits kurz mitgeteilten aktiven Behandlung — die unbedingte Indikation beachten müssen, sich persönlich mit der Kranken (meist handelt es sich dabei ja um Frauen) nicht viel abzugeben und besonders den stark aufgetragenen Erscheinungen selbst nicht zu viel spürbare Beachtung zu schenken. Daß man dabei den Kranken gut im Auge behält, ist ganz gut möglich. Vor allem muß peinlich darüber gewacht werden, daß nicht ein übereifriges, mit diesen Zusammenhängen nicht vertrautes Personal durch unangebrachte pflegerische Geschäftigkeit alles verdirbt, was der Arzt mit seiner vorsichtigen Zurückhaltung Gutes schafft. Die Einheitlichkeit der gesamten Therapie ist

gerade in diesen sehr schwierigen, aber auch dankbaren Fällen außerordentlich wichtig.

Negativismus — Hemmung — Verlust der Regsamkeit. Wir dürfen den Negativismus wohl weder als eine primäre noch als eine sekundäre Krankheitserscheinung betrachten, sondern lediglich als eine an sich ganz normale Lebensäußerung: Die Abwehreinstellung gegen von anderen Lebewesen ausgehende persönliche Einwirkungen. Wir haben ihn schon beim Kleinkinde kennen gelernt, wo er in seinen Spielarten: Trotz, Eigensinn, oft sehr unverhüllt zutage tritt. Sicher ist die angeborene Veranlagung dazu im Grade sehr verschieden; die ihn gar nicht haben, werden später die Trottel, die ohne Abwehr alles mit sich anfangen lassen. Die Erziehung gewöhnt uns mehr oder weniger mühsam daran, den N. zu überwinden, zu beherrschen. Die Grundeinstellung dazu bleibt aber bei vielen Menschen deutlich erkennbar erhalten; und selbst bei Gebildeten kann man — auch im beruflichen Verkehr — oft genug die Beobachtung machen, welche Mühe es sie kostet, die Beherrschung durch Besonnenheit und Zweckmäßigkeit wirksam zu erhalten. Die Psychose schaltet diese Korrekturen aus, und so können, wenn der Ausfall größer wird, jene blödsinnigen Äußerungsformen des Negativismus zustande kommen, welche wir bei Katatonikern so oft sehen. Weshalb der N. gerade bei dieser Krankheitsform so deutlich zutage tritt und bei andern weniger und wie es kommt, daß auch im Laufe einer Erkrankung der N. nur vorübergehend sich zeigt, soll hier nicht erörtert werden. Für die Therapie genügt die Feststellung, daß er kein wirkliches Krankheitssymptom ist. Seine therapeutische Überwindung gehört aber zu den mühevollsten und schwierigsten Aufgaben der Psychotherapie; und sie gelingt durchaus nicht immer. Die meisten Mißerfolge, die wir hier haben, gehören in dieses Gebiet: Wir kommen in die abgesperrte Festung einfach nicht hinein. Was oben über die Zwecklosigkeit und die Schädlichkeit der Gewaltanwendung gesagt ist, gilt hier ganz besonders. Durch Gewalt wird der N. fast immer verschlimmert.

Daß aber auch hier Ausnahmen vorkommen, beweist der amüsante Fall *Thumms* (Revista medica de Hamburgo. Febr. 1928, Seite 37): „Ein männlicher katatoner Kranker von 41 Jahren, seit Jahren ständig im Bett, völlig ablehnend und bei jeder Annäherung in heftige Erregung geratend, wurde mit mildem Zwang, wozu nicht weniger als 5 Pfleger erforderlich waren, aus dem Bett gebracht, angekleidet und zur Arbeit geführt. Nach einigen Tagen öffnete sich sein Mund, und er äußerte überraschend: „Warum habt Ihr das nicht vor 6 Jahren mit mir gemacht?". P. ist seit 1925 einer der tüchtigsten Arbeiter bei der land-

wirtschaftlichen Kolonne, zwar hie und da noch einmal leicht erregt, dabei aber fleißig weiter arbeitend; mit Ärzten, Pflegern und Mitkranken hat er Kontakt...."

Im allgemeinen darf der Katatoniker (wie übrigens viele andere Kranke und — gesunde Menschen auch!), wenn wir mit ihm vorwärts kommen wollen, gar nicht merken, daß wir überhaupt etwas von ihm wollen. Wenigstens dürfen wir ihm damit ja nicht zu deutlich kommen. Denn sonst tut er das von uns Gewollte „gerade nicht". Hier tritt besonders die „unpersönliche" Einwirkung des Gesamtmilieus in ihre Rechte. Fast alle diese Kranken machen in einem geordneten Milieu ganz glatt das mit, was alle machen, vorausgesetzt, daß nicht einmal durch irgend eine Ungeschicklichkeit die Kampfeinstellung doch wieder provoziert wird. Ein ebenfalls fast souveränes Mittel ist die Beschäftigung, die dann auch Gelegenheit gibt, allmählich auch persönlich wieder an den Kranken heranzukommen. Es kann allerdings passieren, daß man auf letzteren Erfolg dann noch Jahre warten muß. In dem hartnäckigsten Fall von aktivem Negativismus (wo die Abwehr mit großer Kraftanwendung vor sich geht) haben wir die sonst unvermeidlichen schweren Kämpfe beim notwendigen Baden und Kämmen zunächst regelmäßig durch eine mittlere Scopolamindose ausgeschaltet und dies ganz konsequent durchgeführt, so daß die Kämpfe überhaupt vermieden wurden. Allmählich konnten dann die Gaben verringert werden, ohne daß die früheren heftigen Szenen eintraten. Ans tägliche Waschen hatte sich diese Kranke schon früher auf ähnliche Weise gewöhnt und anziehen — wobei es zuerst die gleichen Szenen gegeben hatte — tut sie sich schon seit einiger Zeit selbst. —

Eine mehr schwächliche als störende und schwierige Form des Negativismus können wir besonders bei Frauen öfter beobachten. Sie warten immer eine Zeitlang, ehe sie irgend eine Aufforderung (zu essen, zu handarbeiten usw.) befolgen, tun das dann aber doch, gerade als ob sie zuerst zeigen wollten, daß sie sich nichts sagen lassen. Betritt der Arzt den Raum, während sie beim Essen oder Arbeiten sind, so legen sie Löffel oder Arbeit sofort hin und fahren mit ihrer Betätigung erst wieder fort, wenn man wieder hinausgegangen ist oder sie nicht mehr beachtet. Sichtlich „sperrt sich etwas in ihnen" dagegen, dem Arzte etwas zu Gefallen zu tun. Auch hier wird von übereifrigem Personal häufig der Fehler des eindringlichen Zuredens gemacht, das fast immer nur gegenteiligen Erfolg zeitigt. Das einzig Richtige ist, diese schwächliche Demonstration eigener „Selbständigkeit" scheinbar gar nicht zu beachten, wobei sie sich mit der Zeit ganz von selbst verliert.

Die bei Katatonikern, Paralytikern, Encephalitikern u. a. vorkommende organisch begründete Starre und Bewegungssperre hat natürlich mit Negativismus nichts zu tun und ist auch — abgesehen von etwa notwendiger Übungsbehandlung — nicht Gegenstand einer psychischen Therapie.

Vom Negativismus scharf zu trennen, aber leider in der Praxis oft mit ihm zusammengeworfen und verwechselt, ist die Schädigung der Regsamkeit. Sie ist unmittelbares Krankheitssymptom und wohl Ausdruck der krankhaft bedingten Herabsetzung der elementaren Lebensenergie selbst und auch der unmittelbar mit dieser zusammenhängenden Ansprechbarkeit. Wir sehen sie bei sehr zahlreichen unserer Schizophrenen, in den verschiedensten Abstufungen, in akuten Zuständen und Schüben oft vorübergehend und im Grade schwankend, bei Dauerzuständen gleichmäßiger oder sogar progressiv zunehmend. Jeder Psychiater kennt die müde und mit stumpfem, gleichgültigem oder gelangweiltem Ausdruck dasitzenden Kranken mit ihren langsamen, „kleinen" Bewegungen, ihrer geringen Neigung, sich irgendwie zu betätigen oder auch nur zu unterhalten. Ich muß, wenn ich diese Bilder sehe, immer an den Zustand denken, in dem wir uns selbst befinden, wenn wir sehr müde sind, zu nichts mehr Lust haben, nicht einmal zum einfachsten Spiel und zur einfachsten Unterhaltung und auch zum einfachsten Denken. Auch hierbei ist wohl die Lebensenergie durch die Intoxikation mit den Stoffwechselprodukten des wachen Lebens stark herabgesetzt, „gelähmt". Wir stellen aber durch einen mehrstündigen Schlaf den Zustand normaler Regsamkeit wieder her. Beim Schizophrenen ist diese Intoxikation offenbar anderer Art und Herkunft und nicht so schnell oder überhaupt nicht reversibel. Es ist ein Dauerzustand oder doch ein Zustand längerer Dauer. Das ist für die Frage der Therapie sehr wichtig. Bettbehandlung — die übrigens auch von ihren ersten Verfechtern (*Neißer*) gerade für diese, meist chronischen, Fälle nicht empfohlen worden ist — würde uns nichts helfen, da es sich ja nicht um eine physiologische, durch Ruhe und Schlaf reversible Müdigkeit handelt trotz der Ähnlichkeit ihrer Auswirkungen mit einer solchen. Dauerruhe würde vielmehr nur den jeweils noch vorhandenen Rest von Regsamkeit durch fortgesetzte Inaktivität auch noch schädigen und schließlich vernichten. Bessern können wir dies Grundsymptom der Psychose nur durch dauernde Unterstützung, Anregung, Aufmunterung des noch vorhandenen Restes von Regsamkeit. Alles Leben bedarf, um sich auf der Höhe zu erhalten, dauernd des Antriebs, komme er nun von innen oder von außen. Mit der krankhaften Herab-

setzung der Lebensenergie beim Hirnkranken ist aber nicht nur die „Energie“, die zur Auswirkung nach außen bereite „Kraft“, geschädigt, sondern auch der aus ihr selbst entspringende „innere Antrieb“. Überlassen wir — in weitgehendem Laisser-aller unseres alten Anstaltsbetriebes — diese unregsamen Kranken sich selbst, sei es auch nur in Form systematischer Bettbehandlung, so geht es mit ihnen, wie mit allen irdischen Dingen, denen man „freien Lauf“ läßt, stetig abwärts, niemals aufwärts. Kein Gramm Wasser kann ohne von außen her erfolgende Energiezufuhr auf ein höheres Niveau gehoben werden. Diese Energiezufuhr kann in der Anstalt nie von den Kranken selbst, sondern nur von den Gesunden, von Arzt und Pfleger, ausgehen. Hier wirkt sich eine der wichtigsten Formen der „Aktivität“ in der Krankenbehandlung aus. Ihre Aufgabe ist, sich nicht mit der Feststellung abzufinden, daß der Geisteskranke dies und das von seinen Kräften und Fähigkeiten verloren hat, sondern vor allem, das noch übrig gebliebene „Gesunde im Kranken“ hervorzuholen, es sorgsam zu pflegen, den Kranken zu belehren, auch damit noch Leistungen, wenn auch verminderte, zu vollbringen und es vor allem durch fortgesetzte Übung zu stärken und weiter zu entwickeln. Hierzu dient die „Betätigungstherapie“ im weitesten Sinne des Wortes. Nie sollten wir dabei vergessen, daß auch der Minderbegabte, der Geschwächte oder sonst Geschädigte mit den ihm verbliebenen Kräften noch für sich selbst und andere Wertvolles leisten kann, wenn er diese Kräfte in verstärktem Maße anspannt, sich mehr Mühe damit gibt. Das wissen wir schon von der Schule her. Verhängnisvoll wird aber die heute so weit verbreitete Einstellung, daß man allem Kranken, Schwachen, Minderwertigen nicht nur die Berechtigung zuerkennt, sich weniger anzustrengen, sich weniger Mühe zu geben, sondern es auch noch mit bevorzugten Lebensbedingungen im Vergleich zum Gesunden und Tüchtigen ausstattet. Bei der unbarmherzigen Logik, mit der alles Leben — auch das Leben eines Volkskörpers — sich in die Bahnen hinein entwickelt, die ihm freigegeben sind, kann es nicht ausbleiben, daß wir uns auf dem Wege, auf dem wir jetzt mit unserer sozialen Fürsorge wandeln, den Parasitismus sozialis als verderbliche Volkskrankheit geradezu heranzüchten.

Von diesen Erwägungen ausgehend, verlangen wir auch von den Geisteskranken und -schwachen wieder die Erfüllung von Pflichten, wie sie sich aus dem Gemeinschaftsleben ergeben, verlangen, daß sie die noch vorhandenen Kräfte nicht weniger, sondern stärker anspannen. Das gilt ganz besonders auch für die Behandlung der zweiten grundlegenden Schädigung, die wir bei so gut

wie allen Schizophrenen finden, derjenige des Denkzusammenhanges, wie sie sich am deutlichsten in der Zerfahrenheit aller Grade äußert. Schon für den Gesunden ist die Konzentration, die sichere Lenkung des zielgerichteten Denkens, eine der höchsten und schwierigsten Aufgaben des Geisteslebens. Das merken wir recht deutlich, wenn wir einen etwas verwickelten Brief oder ein schwieriges Gutachten machen müssen. Dauernd müssen wir unter den sich aufdrängenden Gedanken sichten, ablehnen, auswählen, zusammenpassen usw. Beim Schizophrenen ist diese Tätigkeit in sehr verschiedenem Grade primär erschwert; mehr oder weniger unterbleiben Sichtung, logische Auswahl und logische Aneinanderreihung. In ausgeprägteren Fällen sehen wir so, das der Kranke das, was ihm gerade einfällt, was sich ihm aus der Umwelt aufdrängt, ganz wahllos ausspricht, niederschreibt. So kommen die bekannten Briefe Schizophrener zustande, die man in den Lehrbüchern abgebildet sieht. Besteht noch erhebliche Regsamkeit, dann werden ganze Bogen voll geschrieben, der frei gebliebene Rand des Papiers ausgenützt, noch anderes erreichbares Papier, die weißen Ränder von Zeitungen usw. hinzugenommen, dazwischen Zeichnungen und Malereien eingestreut usw. Ist die Regsamkeit ebenfalls stärker gestört, dann bringt der Kranke den ersten Satz seines Briefes noch leidlich zustande, fängt den zweiten noch an, ermüdet dabei rasch und kommt dann gar nicht mehr voran, hört entweder ratlos ganz auf oder wird immer unzusammenhängender, um bald in einem völlig sinnlosen Gekritzel zu enden. Nun spannen wir schon im normalen Leben in der Regel nicht die ganze Kraft an, über die wir verfügen; man kann sich mit einem mißlich zu packenden Berichtsthema den ganzen Tag herum-„drücken“, ohne zu einer bestimmten Fassung zu gelangen; merkt man aber plötzlich, daß in einer halben Stunde der Brief zur Post muß, dann sind wir mit einem Male imstande, die Arbeit flott und ohne Aufenthalt zu erledigen; unsere Reservekräfte sind durch den Zwang der Verhältnisse mobil geworden. Nun ist zweifellos auch bei vielen unserer Schizophrenen der Grad von Zerfahrenheit, den sie uns in ihren Reden und Briefen darbieten, stärker, als es dem Grade der wirklichen Störung entspricht: die Kranken lassen sich, wie bei ihrer körperlichen Betätigung, so auch bei ihrer geistigen, hängen, sie bummeln, geben sich kaum Mühe, ihre Gedanken zu ordnen, zu überlegen. Nötigt man sie, sich auch mit ihrem Denken etwas zusammenzunehmen, dann können sie auch anders.

Beispielsweise gab eine unserer seit Jahren in Anstalten befindlichen Schizophrenen, regsam, äußerlich geordnet, fleißig und geschickt, aber in ihrem Denken anscheinend recht zerfahren, häufig endlose und inhaltlich

kaum zusammenhängende Briefe ab, die alle oben skizzierten Charakteristika des schizophrenen Geschreibsels in geradezu vorbildlicher Form aufwiesen. Als sie mich einmal bei der Visite fragte, ob ein solcher Brief abgegangen sei, sagte ich ihr sehr deutlich, einen solchen Brief mit seinem zusammenhanglosen Tratsch könnten wir nicht abschicken, sie möge einen anderen Brief schreiben über ihre eigenen Angelegenheiten und nicht wie eine Geisteskranke, sondern wie eine ordentliche Frau. Das hat ihr sichtlich Eindruck gemacht und zwei Stunden später gibt sie einen von ihr selbst verfaßten, völlig geordneten, sachlichen und sauber geschriebenen Brief von 2½ Seiten (sie hatte also den einen Briefbogen noch nicht einmal voll ausgenützt) ohne alle schizophrene Charakteristika ab. Sie konnte also auch anders, wenn sie mußte! Eine andere Schizophrene, mir seit 30 Jahren bekannt, Endzustand mit starker Verblödung, aber noch leidlicher Regsamkeit, bei einfachen mechanischen Arbeiten fleißig, aber völlig faselig in ihren sprachlichen Äußerungen, aus denen ein geordneter Gedanke nie zu entnehmen ist. Ich begrüße sie einmal (sie ist dabei immer freundlich) und frage sie, ob sie wisse, wer ich bin. Auch wiederholtes Fragen führt nur zu ganz faseligem Wortsalat, in dem nur die Worte „Fritz" und „Onkel" vorkommen. Jetzt halte ich ihr unvermutet eine Tafel Schokolade vor und frage wieder: „Annemarie, wer bin ich?" und erhalte prompt die Antwort: „Doktor Simon". Hier spielt ja sicher eine starke Dosis negativistischen Vorbeiredens mit hinein, was aber auch nur dazu beiträgt, einen viel höheren Grad von Zerfahrenheit vorzutäuschen, als wirklich vorhanden ist. Und auch dort, wo gleichzeitig in ihrer Regsamkeit stark gestörte Kranke einen Brief überhaupt nicht zustande bringen, kann man oft nachweisen, daß sie das doch können, wenn man ihnen die für sie zu schwere Aufgabe erleichtert, indem man sie in einfache Einzelaufgaben zerlegt: „An wen wollen Sie schreiben?" — „Wie fangen Sie also an?" „Was schreibt man im Brief zuerst?" — „Nun schreiben Sie das einmal!" — „Was möchten Sie nun noch von Ihren Angehörigen?" usw. Wenn schon diese Art, einen geordneten Brief zu verfassen, dem Kranken sehr schwer fällt, dann wird er sehr rasch dabei ermüden. Dann muß eine längere Pause eintreten oder man fährt erst am nächsten Tage fort, wenn der Kranke wieder frisch ist.

Diese Art des Arbeitens erfordert allerdings ein selbst sehr regsames und verständnisvolles Pflegepersonal; denn nur durch ganz konsequent durchgeführte Übung und durch Nicht-Zulassen zerfahrener Äußerungen ist hier etwas wesentliches zu erreichen. Die Betätigung der Kranken in allen Formen kommt uns auch hier sehr zu gute, besonders auch das häufig Beschäftigen mit Spielen aller Art, was die Kranken sehr anregt und sie gleichzeitig zwingt, ihre Gedanken zusammenzunehmen.

Selbst die paranoiden Wahnvorstellungen sind einer therapeutischen Beeinflussung durchaus nicht unzugänglich. Um eine Grundlage für die Therapie zu finden, müssen wir uns zunächst wieder klar zu machen suchen, was wir in den Wahnvorstellungen eigentlich vor uns haben; und auch hier werden wir wieder von den

ihnen zunächst liegenden gesunden Vorgängen ausgehen müssen. Beobachten wir einmal aufmerksam, was uns alles im Laufe des Tages und der Nacht an Gedanken durch den Kopf schießt, so finden wir darunter das kunterbunteste Zeug, aus dem wir das Brauchbare, wie oben schon angedeutet, mehr oder weniger mühsam heraussichten müssen. Wir setzen die aufschießenden Gedanken und Gedanken-Bruchstücke untereinander und mit unserem feststehenden Denkinhalt und unserer tatsächlichen Umwelterfahrung in Beziehung und „lehnen ab", was da nicht hineinpaßt. Unter dem Auftauchenden befindet sich viel Falsches, „Abwegiges", Irrtümliches, befindet sich auch mancherlei, was sich auf die eigene Person, ihre Wünsche, Sorgen, Hoffnungen usw. bezieht und, je nach Stimmungslage und jeweiliger Einstellung, bald mehr rosige, bald mehr graue Färbung trägt. Erst die sofort einsetzende und immer tätige kritisch-vergleichende Sichtung scheidet das „Abwegige" usw. aus. Im Grunde genommen produziert also jeder denkende Mensch dauernd „wahnhafte" Vorstellungen, aber er korrigiert sie auch dauernd und kann sie infolgedessen auch nicht als festen Denkinhalt fixieren. Diese dauernde kritische Sichtung unserer Produktion an Vorstellungen stellt unserem Hirn sehr hohe Zumutungen, vielleicht die höchsten, die es zu leisten hat. Mehr wie jede andere setzt sie Unversehrtheit und klares Arbeiten der mit ihr befaßten Nervenelemente[1]) voraus. Wird diese Unversehrtheit und das klare Arbeiten beim Geisteskranken durch irgend eine sie treffende — wohl meist chemische — Schädlichkeit gestört oder gar zerstört, so muß diese für unser klares Denken unentbehrliche dauernde Sichtung der auftauchenden Vorstellungen erschwert, gehemmt und schließlich ausgeschaltet werden. Und damit bekommen auch die auftauchenden Denk-Irrtümer, das Abwegige, „Unsinnige" freie Bahn; sie treten als „Wahnvorstellungen" zutage und sie können sich, genau wie jede öfter das Hirn des Gesunden durchlaufende richtige Vorstellung auch, fixieren, d. h. (s. o.) „sie werden durch Gewöhnung zu einem festen Bestandteil der Persönlichkeit", der mit dieser genau so fest verbunden sein kann, wie etwa mit einem Katholiken seine katholische, mit dem Protestanten seine protestantische Welt- und Religionsanschauung. Wir haben gesehen, daß es zum Wesen dieser persönlichen Grundeinstellung gehört, daß sie sich auch unabhängig von der fortlaufenden bewußten Denktätigkeit auswirkt, und daß sie durch von außen neu hinzukommende Erfahrung oder gar fremde

[1]) Welche dies sind und wo sie sitzen, ist hier nicht zu untersuchen; gehört auch nicht zu meiner Kompetenz.

Belehrung sehr viel schwerer anzugreifen oder abzuändern ist, wie etwa irgend einer von den vielen flüchtiger vorübergehenden Gedanken, mit denen wir uns in Leben und Beruf in stetem Wechel zu beschäftigen haben. Dazu kommt noch ein sehr Wichtiges: der Affekt. Suche ich durch Belehrung und Gegenvorstellungen bei einem gesunden Menschen seine persönliche Grundeinstellung zu ihm wichtigen Belangen, etwa bei einem strenggläubigen Freudianer seine Stellung zum Oedipus-Komplex oder bei einem extrem gerichteten Politiker seine Einstellung zu sozialen Fragen, abändernd zu beeinflussen, so ist das ein Angriff auf ein Stück seiner eigensten Persönlichkeit, der in unmittelbarem, elementar-biologischem Zusammenhang Abwehr auslösen muß, die auch — je nach individueller Veranlagung, mehr oder weniger schnell affektbetont sein wird. Wiederholen sich solche geistigen Konflikte öfter, dann überträgt sich die Affektbetonung leicht von der Abwehr des Angriffs auf die angegriffene Denkeinstellung selbst. Sie wird dann für Gegenvorstellungen unangreifbar, weil jeder Affekt die reine Klarheit des Denkzusammenhangs trübt, und nur ganz automatisch die Abwehr verschärft. Wenn der Affekt schon bei fast allen gesunden Menschen einen so störenden Einfluß auf die Logik des Denkens ausübt (man denke an das viele Unrecht, das von gesunden Menschen durch Denken, Reden und Handeln im Affekt der Eifersucht, des Zornes usw. begangen wird!), so muß das bei den meisten Geisteskranken und geistig Geschwächten in noch viel höherem Maße der Fall sein. Es ist keine neue Entdeckung von mir, daß bei der Paranoia querulatoria gerade die dauernde starke Affektbetonung der abwegigen Vorstellungen und die dauernde unterhaltene Kampfeinstellung zur Umwelt in erster Linie die Unangreifbarkeit, die Unkorrigierbarkeit der Wahnvorstellungen bedingt. Längst weiß jeder Psychiater, daß diese affektbetonte Kampfeinstellung durch Ermahnung und belehrendes Hineinreden in den Kranken nicht zu bessern ist, daß vielmehr alle dahin gehenden Versuche das Übel nur verschlimmern. Bei jeder Form von paranoischer Einstellung werden wir eine therapeutische Einwirkung nur erhoffen können, wenn wir das Aufflammen und die Entladung von Affekten möglichst verhüten und außerdem durch zielbewußten Aufbau von gesundem Gedankeninhalt die abwegigen Vorstellungen verdrängen, den Kranken also langsam auf eine andere, gesundere Denkeinstellung umzugewöhnen suchen. Die Erfolge werden auf diesem besonders schwierigen Gebiete immer mäßig sein. Bei den dement-Paranoiden können wir ja die letzte Ursache der wahnhaften Einstellung, die organisch begründete Erschwerung und Schädi-

gung der Urteilsfähigkeit, nicht beheben. Die gerade bei derartigen Kranken oft besonders starke Neigung zur Selbstisolierung läßt uns häufig mit unserer Therapie gar nicht an den Kranken herangelangen. Wir haben auch hier noch eine Anzahl solcher paranoider Kranker, welche trotz regelmäßiger, fleißiger und williger Arbeitsleistung jedem persönlichen Anknüpfungsversuch gegenüber verschlossen bleiben. Immerhin sind eine Reihe von auffälligen Besserungen, z. T. nach jahrelangen Bemühungen, zu verzeichnen, und was so gut wie immer gelingt, ist wenigstens die Verhütung der Affektentladungen, und das ist für die Kranken selbst und das ganze Anstaltsbild immerhin schon ein großer Gewinn. Bleiben also viele Kranke auch nach wie vor paranoid eingestellt, so merkt man doch im täglichen Anstaltsleben kaum mehr etwas davon. In der Praxis wird es immer darauf ankommen, die wunden und reizbaren Stellen des Seelenlebens möglichst wenig zu berühren.

Die Sinnestäuschungen können wir unmittelbar nicht beeinflussen. Aber unsere Beobachtungen zeigen, daß sie häufig zeitlich — und wohl auch ursächlich — mit Erregungszuständen und Zeiten gesteigerter Affekt-Ladung zusammenhängen. Sie treten ganz von selbst zurück, werden seltener, wo es gelingt, die Erregungszustände selbst einzudämmen, bzw. im Einzelfall zum Abklingen zu bringen.

Auch die ganze psychische Beeinflussung der Kranken, die „Erziehungsarbeit" in der Heilanstalt, muß ihren festen äußeren Rahmen, ihre Organisation haben; diese Organisation wird ausgehen müssen von der Notwendigkeit, jeden einzelnen Kranken gerade in diejenigen Umweltbedingungen zu versetzen, die nach gewissenhaftem ärztlichen Ermessen für seine psychische Entwicklung die günstigsten sind. Umwelt für jeden Kranken in der Anstalt ist aber die „Station", die „Abteilung", die familiäre Gemeinschaft, in der er sich befindet, mit ihrer äußeren Ausgestaltung, mit ihren Bewohnern, mit ihrem Pflegepersonal und mit ihrem verantwortlichen Arzt. So verschieden, wie die Anforderungen der einzelnen Kranken an Überwachung und Fürsorge aller Art ist auch das „Familienmileu", das sie selbst in ihrer Zusammenfassung wieder bilden. Da haben wir am einen Ende einer langen Reihe die Überwachungsabteilungen für die schwierigsten und in ihren Neigungen unsozialsten Kranken, für die schwer zu Beeinflussenden, Reizbaren, Gewalttätigen, Verwirrten. Sie charakterisieren sich durch möglichst übersichtliche Bauweise, so daß kein Kranker sich auch nur einen Augenblick der Aufsicht entziehen kann, durch das Vorhandensein einer Isoliermöglichkeit für kurze Unschädlichmachung eines sonst nicht zu beruhigenden Kranken, durch das Vor-

handensein eines verhältnismäßig zahlreichen, besonders ausgewählten, erfahrenen und zuverlässigen Pflegepersonals. Nur das beste Personal der Anstalt ist hier zu verwenden und nur ein erfahrener Psychiater kann die Führung wirklich ausüben. Die tatsächlich stattfindende unausgesetzte Überwachung muß möglichst unaufdringlich sein, beim Personal nicht die Rolle des „Aufpassers" allzusehr erkennen lassen, da sonst mehr als nötig Widerstand und Kampfeinstellung geschaffen wird. Alle diese Anforderungen mildern sich nun stufenweise von einer Abteilung zur anderen, und am oberen Ende der Reihe haben wir die Landhäuser für durchaus selbständige, ruhige, geordnete Kranke, wo alle besonderen Anstaltseinrichtungen fehlen, die Kranken völlig freie Bewegung haben, ein Pfleger nur noch als „Hausvater" und Freund vorhanden ist, oder auch ganz fehlt („*Mönckemöller*-Abteilung"). Das ist ja auch im Grundsatz in allen Anstalten immer so gewesen. Der für die Kranken fühlbare und oft sehr gefühlte Unterschied zwischen den Abteilungen besteht aber gar nicht in der äußeren Einrichtung und auch nicht in der verminderten Aufsicht, sondern hauptsächlich im Verhalten der Gesamtheit der Kranken selbst. Trotz aller Fortschritte, die wir hierin auch auf den schwierigeren Abteilungen gemacht haben, bleibt der Aufenthalt hier doch immer ungemütlich; unter den kataton-ablehnenden und verwirrten oder geistig abgestumpften Kranken kommt eine wirkliche Stimmung, eine Unterhaltung nur schwer auf; auch das alles ändert sich Schritt für Schritt nach den geordneteren Abteilungen hin; und in den Landhäusern herrscht fast immer frisches, fröhliches Leben und geistige Anregung nach allen Richtungen hin. Kein Wunder, daß so gut wie alle Kranke den Wunsch und das Bestreben haben, möglichst nach diesen „besseren" Abteilungen hinzukommen; und dieses Streben der Kranken ist eine unserer stärksten Waffen, wenn nicht die stärkste, beim Niederhalten der unsozialen Eigenschaften und auch der abwegigen Neigungen der Kranken. Diese Waffe ist um so wirksamer und kommt unserer ganzen Therapie um so mehr entgegen, als sie bei den gesunden Regungen im Kranken angreift und mit der ewigen Logik der Schöpfung zusammentrifft, daß das Lebende, abhängig oder unabhängig von allem menschlichen Denken, das Angenehme, die Lust, sucht und dem Unangenehmen, der Unlust, ausweicht.

Wir wenden diese Waffe an, indem wir die Kranken ebenso konsequent wie prompt und im unmittelbaren Zusammenhang immer gerade auf diejenigen Abteilungen in dasjenige Milieu versetzen, das ihrem jeweiligen eigenen Verhalten entspricht. Auch

innerhalb der einzelnen Abteilungen findet schon fortlaufend eine solche Trennung nach dem sozialen Verhalten statt, worauf bereits bei Bau und Einrichtung der Anstalt (stärkere Unterteilung der Tages- und Schlafräume, Ausmöblierung der Tagesräume mit kleineren Tischen) Rücksicht genommen ist. Auch auf den „Unruhigenabteilungen" finden die jeweils sich geordneter haltenden Kranken immer einen Raum, in dem sich gewissermaßen die „Aristokratie" sammelt unter weniger scharfer Aufsicht und größerer Selbständigkeit. Diese ganze Einrichtung drängt die Kranken ganz von selbst in die geordnetere Richtung hinein und zwar in automatischer Abhängigkeit und Wechselwirkung mit ihrem eigenen Tun und Lassen. Auch der Geisteskranke beginnt hiermit wieder sein Schicksal und die Verantwortung für sein subjektives Wohlergehen selbst in die Hand zu nehmen; und hierin sehe ich den von unserem früheren Tun in den Anstalten doch recht abweichenden Grundzug unserer heutigen Therapie, und auch die Ursache, weshalb es auf unseren Krankenabteilungen, einschließlich der schwierigsten, heute so ganz anders aussieht, wie vor 25 Jahren. Es hängt nicht mehr vom subjektiven Wohlwollen, von der individuell sehr verschiedenen Milde und „Güte" oder — leider — auch Bequemlichkeit der einzelnen Ärzte (die oft genug von den Kranken gegeneinander ausgespielt wurden!) ab, ob ein Kranker in seinen ihm fühlbar werdenden äußeren Daseinsbedingungen vorwärts oder aufwärts kommt, sondern nur noch vom Kranken selbst. Der Arzt ist das mehr unpersönliche Relais, das dem Tun des Kranken immer die aus ihm selbst sich logisch ergebenden Wirkungen vermittelt. Von der Sicherheit, von der Logik, von der Konsequenz, von der Schnelligkeit und Unmittelbarkeit, mit der dieses Relais arbeitet, hängen Erfolg und Mißerfolg unserer ganzen Arbeit weitgehend ab. Gerade diese unpersönliche, mehr schicksalsmäßige Wirksamkeit des Arztes, die zunächst befremdet, sichert ihm die wirkliche Überlegenheit seines Handelns und damit seine Macht. Jeder, ob Kind, ob Erwachsener, ob Geisteskranker, fügt sich dem Unpersönlichen, dem Schicksal, leichter als irgend einer Person, wenn beide von ihm etwas verlangen, was ihm selbst widerstrebt.

Mit dem Vorrücken der Kranken in höhere Stufen der Selbständigkeit und der äußeren Daseinsform steigen aber ganz zwangläufig auch die Anforderungen an den Kranken auf allen Gebieten des Geisteslebens, der Regsamkeit, der Selbstbeherrschung, der geordneten Betätigung, des ganzen sozialen Verhaltens, einschließlich der guten gesellschaftlichen Umgangsformen. Wir müssen diese An-

forderungen ganz zielbewußt steigern, wenn wir den Kranken wieder auf die soziale Lebensführung emporheben wollen, die das Leben in der Freiheit (zu dem doch unsere ganze Anstaltsbehandlung nur die Vorbereitung sein soll) von ihm verlangen wird. Ja wir werden auf den höchsten Stufen sogar in unseren Forderungen betr. soziales und anständiges Verhalten weit hinausgehen über das, was unter gesunden Menschen entsprechender Gesellschaftsschicht draußen üblich ist. Denn wenn mit der Entlassung aus der Anstalt deren doch immer wirksam bleibende Beschirmung fortfällt, wird von dem „Gelernten" schnell allerlei abbröckeln, und auch das, was dann noch übrig bleibt, muß genügen, um in den Fährnissen und Rauhigkeiten des freien Daseins noch fertig zu werden. Auch die Einfügung in das Gemeinschaftsleben ist eine Leistung, die, genau wie die Leistung bei der körperlichen Arbeit, sich durch Übung und „Trainieren" entwickeln läßt, wenn sich die genau zu dosierenden Anforderungen einerseits innerhalb der jeweils vorhandenen Leistungsfähigkeit, aber andererseits immer an deren oberer Grenze halten. Um den Einklang zwischen beiden einmal herzustellen, müssen wir bei vielen Kranken anfangs mit unseren Anforderungen sehr tief herunter gehen und das Fehlende weitgehend ausgleichen durch feste Führung und Stütze von außen, durch Verhütung von Entgleisungen. Manche Kranke müssen in allem wie kleine Kinder gehütet und gewartet werden. Wenn wir aber Führung und Stützen nicht allmählich lockern und diese Kranken zielbewußt zur Selbständigkeit erziehen, wird der Kranke zu dieser niemals gelangen. Hierin wird in den meisten Anstalten noch sehr viel gefehlt. Auch bei uns, wo auf diese Dinge immer wieder hingewiesen wird, kann man täglich folgendes beobachten: Fordert man einen etwas stumpfen Kranken auf, sich die schmutzige Nase zu putzen, oder von seinem Platz her zum Arzt zu kommen, oder sich zu einer körperlichen Untersuchung den Oberkörper frei zu machen, wobei man gerne noch beobachten möchte, wie sich der Kranke selbst jetzt benehmen wird, dann springt sofort ein übereifriges Personal hinzu und nimmt dem Kranken alle diese Handlungen ab, als ob es einen kleinen Säugling zu betreuen hätte. Das ist keine sachgemäße und vor allem keine „aktive" Irrenpflege. Denn trotz der äußeren gezeigten Geschäftigkeit ist das Hirn nur wenig dabei beteiligt. Auf diese Weise kann ich die Kranken niemals vorwärts bringen, sondern ich untergrabe ihnen nur noch den Rest von Selbständigkeit, zu dem sie vielleicht noch fähig wären; erziehe sie geradezu zur Unselbständigkeit und zur geistigen Trägheit. Wohl soll man helfen, wenn man sieht, daß der Kranke mit der gestellten Aufgabe allein

nicht fertig wird. Man wird vielleicht die Aufgabe dann zerlegen in Einzelaufgaben; z. B. „Haben Sie kein Taschentuch?“ — „Wo haben Sie es?“ — „Nun holen Sie es einmal heraus“ — „Was machen Sie jetzt damit?“ usw.

So vorsichtig wir auf den unteren Stufen alle Härten, alles, was den reizbaren Kranken reizen oder sonst zu einer Affektentladung bringen könnte, von ihm fern halten müssen, so sehr ist es geradezu notwendig, auf den höheren Stufen des geistigen „Trainierens“ auch hierin weniger ängstlich und rücksichtsvoll zu sein. Die Kranken, und gerade die geistig noch etwas höherstehenden, die „Vorgeschritteneren“ in erster Linie, sollen ja wieder für das wirkliche Leben vorbereitet werden. Und draußen gibt es derartige zartfühlende Rücksichtnahme nicht. Lassen wir unsere ganze Anstalt nur auf weiche Nachsicht, auf Milde und darauf eingestellt, daß dem „Ärmsten der Armen“ dauernd alle Schwierigkeiten, alle Unannehmlichkeiten, alle Versuchungen, alle Gelegenheiten, sich einmal aufzuregen, mit peinlichster Fürsorge aus dem Wege geräumt werden, dann schaffen wir nur eine weichliche, den grausamen Realitäten der Außenwelt diametral entgegengesetzte Umwelt für unsere Kranken, auf die sie sich ganz einstellen und eingewöhnen, wobei nur eines sicher ist: daß sie für den freien Kampf im Dasein unbrauchbar werden. Man hat immer so viel Wert darauf gelegt, daß die Kranken sich in der Anstalt in erster Linie „wohl fühlen“ sollen. Das bedeutet doch im Grunde nichts anderes, als daß sich die Anstalt auf die subjektiven Empfindungen der Geisteskranken einstellen soll, die mit ihrem wirklichen Wohle durchaus nicht immer im Einklang stehen. Da wir ja in der Anstalt nicht für jeden einzelnen Kranken ein besonderes Regime durchführen können, sondern immer größere Gemeinschaften bilden müssen, in denen die Grundlagen des „Wohlfühlens“ sehr verschieden sein würden, müßten wir fragen: Auf welches Kranken Wohlfühlen sollen wir uns denn einstellen, auf das des Paranoikers oder des Schizophrenen, des Melancholikers oder gar des Sexuell-Perversen usw.? Und versuchen wir, es allen recht zu machen, dann gelangen wir bald wieder beim alten „Narrenhaus“ seligen Angedenkens an. Das sich-Wohlfühlen hat seine zuverlässigste Grundlage immer in der guten Übereinstimmung zwischen den Forderungen des Lebens und der Erfüllung derselben. Diese bei unseren Geisteskranken von vornherein mehr oder weniger gestörte Übereinstimmung muß unsere Therapie so weit wie möglich wieder herzustellen suchen, aber nicht dadurch, daß sie einfach dauernd die Forderungen des Lebens herabsetzt, sondern dadurch, daß

sie den Kranken wieder zu ihrer Erfüllung geeigneter und fähiger macht. Gewiß müssen wir bei allen unseren Überlegungen und Maßnahmen die Krankheit und die Schwächen unserer Pfleglinge mit in Rechnung stellen bzw. berücksichtigen, aber doch nicht in dem Sinne, daß wir das Krankhafte, das Schwächliche, das Abwegige zur Richtschnur des ganzen Anstaltslebens machen, sondern — dafür sind wir ja Ärzte — den Kampf gegen es aufnehmen; und es ist kein Kampf gegen den Kranken, sondern ein Kampf für den Kranken gegen das, was ihm schädlich ist. Handelten wir anders, so drängten wir die Kranken immer tiefer in ihre krankhaften Schwächen, Verirrungen hinein. Die praktische Irrenfürsorge ist von so vielen schön und sympathisch klingenden, mehr dem Affekt als dem Verstande entstammenden, Einstellungen umgeben, wie „Liebe", „Güte", „Barmherzigkeit", „Milde" usw. Ich meine, die größte Liebe und Güte, die wir für unsere Kranken aufbringen können, ist die, daß wir Können, kühle Überlegung und Kraft einsetzen, ihnen zu helfen. Milde aber für Krankhaftes und Abwegiges kann für den Arzt Kunstfehler sein. Und die Barmherzigkeit? „Wenn wir barmherziger werden wollen, dann müssen wir härter werden" — dieser Ausspruch stammt nicht von mir und nicht von einem anderen Arzte, sondern vom alten Pastor Friedrich v. Bodelschwingh[1]), dem sicher niemand auf der Erde die Nächstenliebe absprechen wird.

Ohne gewisse Härten wird es in keinem Kampfe abgehen; auch nicht in dem Kampfe, den der Arzt für das Wohl der Geisteskranken zu führen hat. Es sieht hart aus, wenn der Kranke dann, wenn ich besuchende Kollegen durch die Anstalt führe, durch das Pflegepersonal abgehalten wird, sich an mich heranzudrängen. Wie ists doch damit in einer gesitteten Familie: sollen da etwa die größeren und kleineren Kinder die Eltern ausgerechnet dann mit ihren Anliegen in Beschlag nehmen, wenn diese Gäste haben und sich mit diesen beschäftigen wollen? Und achten wir einmal darauf, welche Kranke das sind, die hier so „herzlos" behandelt werden: es sind bei jedem Kommen eines Arztes die gleichen und jedesmal bringen sie die gleichen Wünsche oder Klagen vor; an die einfachsten Forderungen der gegenseitigen Rücksichtnahme müssen und können sich auch die Kranken gewöhnen. Komme ich allein oder in Begleitung des behandelnden Arztes, dann bin ich für die Kranken da und stehe jedem gerne zur Verfügung, der mich nötig hat, nicht aber so ohne weiteres jenen, die

---

[1]) Pastor Fr. v. Bodelschwingh, sein Leben und sein Lebenswerk, von Pastor G. v. Bodelschwingh. Furche-Verlag, Berlin.

so ganz gewohnheitsmäßig nur ihr monotones Sprüchlein hersagen wollen. Hier gebietet es das Interesse der Kranken selbst, daß ihnen dieses Verhalten abgewöhnt wird; denn es ist eines geordneten Menschen unwürdig, ist lediglich Ausfluß des Schwachsinns. Zum Reden, zum „Sichaussprechen" über Krankhaftes stehen wir den Kranken nur entsprechend unserem gewissenhaften Ermessen über den Nutzen einer solchen Unterredung für den Kranken selbst zur Verfügung. Wir müssen uns selbstverständlich auch über den Stand des Krankhaften bei jedem Pflegebefohlenen auf dem Laufenden erhalten. Was darüber hinausgeht, ist aber meist vom Übel. Wenn ich Geisteskranke von ihren krankhaften Einstellungen abbringen will, darf ich vor allem nicht aus diesen Einstellungen dauernd ein großes Wesen machen, und mich auch nicht darauf einlassen, daß es die Kranken selbst tun. Ich habe es noch nie erlebt, daß Geisteskranke, die ständig nach „Unterredung unter vier Augen", nach „Aussprachen" drängen, nach solchen Besprechungen, wenn diese Krankhaftes betrafen, ruhiger geworden wären. Regelmäßig sind bei der nächsten Visite dieselben Kranken wieder da, weil sie „noch nicht die richtigen Worte gefunden", „noch nicht zu Ende gekommen" sind, weil der Arzt sie „doch nicht richtig verstanden" hat usw. Diese innere Ruhelosigkeit geht viel leichter und schneller vorbei, wenn die Kranken keine wiederholte Gelegenheit finden, ihrer Unruhe immer wieder neue Nahrung zu geben. Das Heil für sie liegt in der Ablenkung, in der Denk- und Fühl-Umgewöhnung, und wenn diese auch unter dem Anschein einer gewissen Härte durchgeführt werden muß. Etwas ganz anderes und eine der schönsten Aufgaben des Irrenarztes ist es, den Kranken dauernd Freund und Berater, gegebenenfalles auch Tröster und Helfer in ihren normalen, gesunden Lebensbeziehungen, Familien- und wirtschaftlichen Sorgen, Entlassungsfragen, auch in der Gestaltung ihrer Umweltbeziehungen in der Anstalt selbst zu sein. Auf diesem Gebiete kann niemals zu viel geschehen. Wir gehen in dieser Richtung in der rückhaltlosen Aussprache mit und vor den Kranken sehr weit; sie sollen wissen, woran sie sind, und dann sich auch wieder so bald und so viel wie möglich an der Gestaltung ihres Schicksals selbst beteiligen. Deshalb wird auch bei den wöchentlich mit sämtlichen Anstaltsärzten unternommenen „klinischen Visiten" über die Grundsätze der Krankenbehandlung vor den Ohren der Kranken ganz offen verhandelt, wobei die geordneteren Kranken oft recht scharf aufpassen. Und sichtlich hat das gute Früchte getragen. Oft sage ich bei solcher Gelegenheit etwas in allgemeiner Form, was einen einzelnen zuhörenden Kranken ganz besonders an-

geht, und rechne damit, daß gerade er für sich die beabsichtigten Konsequenzen daraus ziehen wird. Die „unpersönliche" Form einer auch recht deutlichen Belehrung verhindert eine affektgeladene Abwehr. Alles dies zielt darauf ab, daß die Kranken sich wieder dessen bewußt werden, daß die Gestaltung ihres Schicksals in der Anstalt, ihre erstrebte Entlassung aus der Anstalt von ihrem eigenen Verhalten abhängt und nicht von anderen Dingen: vom guten Willen des Arztes oder der Angehörigen, vom Eingreifen irgend einer äußeren Macht. Die besonneneren Elemente begreifen allmählich diese Zusammenhänge, andere nehmen deren Logik wenigstens instinktiv in sich auf, zumal sie ja auch überall die Macht der Tatsachen spüren. Und die meisten Kranken haben doch ein ausgeprägtes Gefühl für die in den immer gepredigten und durchgeführten Grundsätzen liegende Gerechtigkeit, aber auch dafür, daß ihre ganze Lage innerhalb der Anstalt angenehmer wird; und so merken wir vielfach, wie besonnenere Kranke auch ohne besondere Aufforderung beginnen, uns in unserer Arbeit bei anderen, noch ungeordneten Kranken zu unterstützen. Auch diese Heranziehung der Kranken selbst zur Mitarbeit trägt sehr dazu bei, das Gefühl der familiären Zusammengehörigkeit der ganzen Anstalt zu fördern und dadurch die Imponderabilien des Milieus zu bessern.

Manche angeregte Diskussion habe ich mit erfahrenen, an liebgewordenen, meist gefühlsmäßig begründeten, Traditionen hängenden Kollegen darüber führen müssen, daß wir „Geisteskranke" einer — wenn auch individuell abgestuften und elastischen — „Hausordnung oder Disziplin" unterstellen. Man sprach auch im abfälligen Sinne von „Drill", von „Dressur". Letztere Ausdrucksweisen entstammen dem Affekt und fördern die sachliche klinische Verständigung nicht. Dieses kann nur an die Tatsachen anknüpfen; und diese sind, einschließlich ihrer biologischen und psychologischen Zusammenhänge, vorstehend ausführlich genug erörtert. Keine geordnete Gemeinschaft ist denkbar, ohne daß das einzelne Mitglied in ihre Ordnung, deren Vorteile alle genießen wollen, sich entweder selbst einfügt, oder wenn es das nicht kann oder will, aus der Gemeinschaft ausgeschlossen, oder in irgend einer Form dazu gebracht, es gelehrt, daran gewöhnt wird, sich doch der Ordnung einzufügen oder sie wenigstens nicht zu stören. Die freie menschliche Gesellschaft hält sich nur an die erste Alternative: Wer sich wegen geistigen Gebrechens nicht einfügt, wird aus der Gemeinschaft ausgeschlossen, d. h. in die Heilanstalt gesperrt. Hier fällt aber die Möglichkeit des weiteren „Ausschlusses" des Widerstrebenden fort; durch die Ansammlung vieler der sozialen Ordnung

sich nicht fügende Elemente entstand das eingangs geschilderte entsetzliche Gesamtmilieu. Wollen wir es wirklich in eine geordnete, menschenwürdige Gemeinschaft verwandeln, dann müssen wir der Ordnung zum Siege verhelfen. Was man als „unsympathischen" „Drill", als „Dressur" usw. ablehnen möchte, ist doch nichts anderes, als was in dieser Arbeit etwas sachlicher: „Erziehung durch Gewöhnung" genannt wird. Erziehung und Ordnung sind aber Wohltat [1]) und nicht Härte. Kommen wir in verschiedene Familien mit Kindern, so werden wir immer finden, daß dort die Kinder am fröhlichsten, am frischesten und am glücklichsten sind, wo sie am besten erzogen sind. Unerzogene Kinder sind meist reizbar, übel gelaunt, dauernd in Konflikten mit sich und der Umwelt. Und genau dasselbe erleben wir bei unseren Kranken. Mit statistischen Zahlen läßt sich so etwas natürlich nicht beweisen, denn es fehlen die Vergleichszahlen. Die Ausdrücke „Drill" und ähnliche müssen die Vorstellung erwecken, daß unsere Kranken durchweg ein eingeschüchtertes, scheues, zurückhaltendes Wesen zeigten; und gerade das Gegenteil ist in ganz auffallender Weise der Fall. Komme ich heute auf irgend eine Frauenabteilung, dann — ich sehe jetzt von dem Fortfall des unsozialen Verhaltens der Kranken ganz ab, — hängen sich allerdings nicht mehr sofort einige jüngere und ältere Frauen liebevoll an meine Arme, es kommen nicht gleich mehrere auf mich zu, um mir den neuesten Streit oder Klatsch, die neueste Anklage gegen das Personal, die ältesten Wahnvorstellungen und Beschwerden vorzusetzen, alle bleiben ruhig bei ihrer Betätigung, sei es Arbeit oder Spiel oder Lektüre, aber ich kann fast alle ohne Gefahr einer Explosion sachlich begrüßen, in den besseren Abteilungen alle, in den schwierigeren die meisten erwidern den Gruß freundlich oder wenigstens ordentlich, in der Unterhaltung ist das ganze Wesen der Kranken freier, lebhafter, munterer geworden, als wir es früher kannten. Und ganz zweifellos baut sich das ganze Zusammenleben in der Anstalt in viel höherem Maße auf einem wirklichen Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Kranken auf, seit letztere für uns nicht mehr in erster Linie die „Ärmsten der Armen", die „armen Kranken" sind, denen gegenüber wir nun erniedrigendes Mitleid und verhätschelnde Nachsicht kannten, sondern seit wir in ihnen in erster Linie das noch Gesunde aufsuchen und hervorheben und seit wir mit ihnen nach Möglichkeit genau so umgehen wie mit allen anderen Menschen auch.

Man spricht seit 70 Jahren so viel über die „freie Behandlung der Geisteskranken". Ich habe im ersten Teil dieser Arbeit schon

[1]) Vgl. Schiller in der „Glocke".

darauf hingewiesen (S. 98 f.), wie auch die Wohltat des No-Restraint in ihrer Erstarrung zum „System" sich nachteilig auswirken kann. Jedes „System" ist mehr oder weniger zum Selbstzweck geworden; jede ärztliche Fragestellung muß aber davon ausgehen, was dem einzelnen zu behandelnden Kranken am nützlichsten ist und nicht davon, daß nun eine gerade moderne und hochbewertete Behandlungsform, gewissermaßen um ihrer selbst willen, überall angewendet werden soll. Das gilt auch für alles, was sich auf die „Freiheit" der Geisteskranken bezieht, für „offene Abteilungen", für freien Ausgang, für freien Zutritt Außenstehender, für Briefverkehr usw. Die Gewährung aller Freiheiten wird immer an die Einschränkung gebunden sein, die bereits *Paetz* (l. c. S. 12) macht: „... jedem Kranken ... auch dasjenige Maß von Freiheit zuzugestehen... das er ohne Nachteil für sich und seine Mitmenschen ertragen kann". Freiheit darf, als Hilfsmittel der Geisteskrankenbehandlung, niemals identisch werden mit Gewähren-lassen, mit einfachem „Laufen-lassen". Hält man daran aber fest, dann kann eine aktive Behandlung niemals im Gegensatz stehen zu einer „freien Behandlung". Denn richtig verstanden und durchgeführt, führt die erstere ganz zwangsläufig zur „Freiheit", und zwar zu einer höheren Art von Freiheit, wie es das primäre „Laufen-lassen" aller einigermaßen ruhigen und nicht gerade auf das Durchbrennen versessenen Kranken ist. Nur die Freiheit ist menschenwürdig und wertvoll für ihren Besitzer, mit der dieser auch etwas Vernünftiges anzufangen weiß. Und letzteres will ihn ja gerade eine „aktive Therapie" zunächst einmal wieder lehren.

Wir geben unseren Kranken weitgehend freie Bewegung innerhalb des großen, eingezäunten Anstaltsgebietes (etwa 25 ha Parkanlagen), wo wir sie immerhin noch einigermaßen unter Augen halten können und wissen, daß schädliche Einwirkungen und Versuchungen ausgeschlossen sind. Männlichen und weiblichen Kranken sind verschiedene Parkteile zugewiesen, eine nicht durch Zaun, sondern nur durch die Hausordnung festgelegte Trennung, die aber fast ausnahmslos respektiert wird; denn (horribile dictu): Nichtbeachtung dieser Ordnung zieht in jedem Falle vorläufige Verlegung auf eine geschlossene Abteilung nach sich! Das wissen alle Kranken, und — sie richten sich danach. Die Tore der Anstalt sind zwar bei Tag immer offen, es wird aber wenig von dieser Möglichkeit, den Park zu verlassen, Gebrauch gemacht. Es ist ja auch der Anstaltspark das schönste Fleckchen Erde, das weit und breit zu finden ist; und das ziellose Umherlungern der in der Außenwelt frei sich bewegenden Kranken wird auch von uns nicht begünstigt. Daß ganz geordnete und regsame Kranke auch

größere Spaziergänge machen, Sportveranstaltungen besuchen und besonders in großem Maße auch außerhalb der Anstalt ohne Aufsicht beschäftigt werden, ist selbstverständlich. Das Betreten des Anstaltsparkes ist außer den Kranken nur den Anstaltsangestellten und Beamten, anderen Personen, besonders auch Kindern, nur in Begleitung eines für die Beachtung der Hausordnung verantwortlichen Angestellten gestattet. Durch diese Fernhaltung unverantwortlicher und unkontrollierbarer Einflüsse auf die Kranken wird manche unliebsame Überraschung hintangehalten und manche Durchkreuzung der ärztlichen Krankenbehandlung verhütet. Vor allen Dingen suchen wir dabei auch zu verhüten, daß unsere Kranken für Fremde zum Gegenstand unwürdiger Neugier und des Sensationsbedürfnisses werden. Urteilsfähigen Kranken pflegt dieses Begafftwerden sehr peinlich zu sein, und wo es doch einmal vorkommt, hört man gelegentlich sehr unzweideutige Klagen darüber („wir sind doch hier keine Menagerie“ usw.).

So sehr ein recht reger geordneter Brief- und Besuchsverkehr der Kranken mit ihren Angehörigen im Interesse des Wiederaufbaues und der Unterhaltung gesunder geistiger Beziehungen zur Umwelt notwendig ist und gefördert werden muß, so vorsichtig suchen wir auch in diesen Richtungen von den Kranken alles fern zu halten, was ihnen nach gewissenhaftem ärztlichem Ermessen nachteilig oder andere zu schädigen geeignet ist. Das ist alte Anstaltsregel, die wir nur vielleicht konsequenter durchführen, als wir es früher gewohnt waren. Sehr vorteilhaft im allseitigen Interesse hat es sich erwiesen, Kranke niemals im Zustand der Affekterregung Briefe schreiben zu lassen. Briefe, gleich nach einem Konflikt, einem unangenehmen aufregenden Erlebnis geschrieben, strotzen fast immer von Unwahrheiten, einseitigen Übertreibungen, Verleumdungen, Gehässigkeiten und können nur Unheil stiften und den Kranken selbst nichts nützen. Vertrösten wir die Kranken auf den nächsten Tag, wo sie sich beruhigt haben, dann schreiben sie geordneter und sachlicher; oft haben sie dann auch ihr eigenes Unrecht eingesehen und wollen die beabsichtigt gewesenen Beschwerden usw. überhaupt nicht mehr schreiben. Im ganzen kann ich mich des persönlichen Eindrucks nicht erwehren, daß der — sehr viel reger gewordene — Briefwechsel unserer Kranken viel ruhiger und geordneter geworden ist als früher, und daß vor allem die Neigung zu Beschwerden viel seltener ist. Bei der später noch zu besprechenden Rundfrage berichten mehrere Anstalten ganz spontan (eine dahingehende Frage war gar nicht gestellt) dasselbe.

Bezeichnend für die verminderte Neigung zu lauter Unzufriedenheit ist folgendes kleine Erlebnis: Die gemeinschaftlichen klinischen Besprechungen mit den Ärzten auf den Krankenabteilungen finden, um alle Kranken anzutreffen, in der Mittagsstunde statt, wenn gerade gegessen wird. Vor einigen Monaten war am Tage der Visite das Essen — es gab als Hauptgericht Erbsensuppe — total mißraten; ein Küchenmädchen hatte auf die bereits angekochten Erbsen kaltes Wasser laufen lassen, was bekanntlich zur Folge hat, daß sie völlig hart bleiben, einzeln zerkaut werden müssen und allen Geschmack verlieren. Wir gingen über die ganze Männerseite. In früheren Jahren hätten wir bei solchem Anlaß eine große Aufregung erlebt, überall wüstes Schimpfen, Beschwerden aller Formen. Nach Wochen noch hätten einzelne querulierende Kranke aus ihren Taschen als Beweisstücke aufbewahrte Erbsen hervorgeholt, um nachzuweisen, wie schlecht sie hier verpflegt würden. Und jetzt: auf drei verschiedenen Abteilungen kam je ein Kranker sehr höflich und anständig zu uns und sagte in durchaus sachlichem Tone, die Erbsen seien hart gewesen. Ich sagte ihnen, sie hätten recht, ich hätte das selber auch schon festgestellt und würde nachforschen, wie das gekommen sei. Damit war das Vorkommnis endgültig erledigt. Würden wir bei 350 geistesgesunden Männern bei gleichem Anlaß das gleiche erleben? Ich glaube es nicht.

Ganz zweifellos herrscht auch auf unseren unsozialsten Krankenabteilungen weniger Zank und Streit, hört man weniger häßliches Schimpfen und Schreien, als wenn wir die Abteilungen mit gesunden, unserer Einwirkung nicht unterworfenen Frauen oder Männern belegt hätten, die hier in familiärer Gemeinschaft beisammen leben müßten. Und manchen modernen Parlamenten sind wir in dieser Beziehung bestimmt überlegen.

Meine bisherigen Mitteilungen könnten den Anschein erwecken, als ob der Hauptteil unserer Krankenbehandlung im Negativen, in der Abwehr und Unterdrückung schädlicher unsozialer Krankheits- und Persönlichkeitsäußerungen bestände. Das ist in Wirklichkeit keineswegs der Fall. Aber gerade die Abwehr und Bekämpfung des Abwegigen und Kranken stellt den Irrenarzt immer wieder vor die schwierigsten Aufgaben seines Berufes, und dann weicht doch gerade die Art, wie wir diesen Teil unserer Aufgabe zu lösen suchen, mannigfach ab von dem, was man früher allgemein und jetzt noch vielerorts für richtig hält; und endlich schafft ja diese „abwehrende“ Milieutherapie erst einmal die Ruhe und Ordnung und somit den Baugrund, auf dem eine positive, aufbauende Therapie erst Aussicht auf Erfolg hat. Es ist aber in keinem Falle so, daß eine „aktiv-aufbauende“, d. h. die gesunden und sozialen Lebensäußerungen aller Art fördernde, Beeinflussung der Kranken erst begänne, wenn die Beseitigung des Abwegigen und Störenden vollendet ist. Denn dann würden wir ja zu einer aufbauenden Therapie in manchen Fällen nie

gelangen. Von Anfang an laufen Abbau des Schädlichen, Aufbau des Nützlichen nebeneinander her, versuchen wir immer wieder täglich jeden Kranken, auch den unruhigsten und verwirrtesten, zu irgend einer geordneten Betätigung zu bringen oder wenigstens eine geordnete Beziehung mit ihm anzuknüpfen und sei es auch nur der Austausch eines Grußes oder eines Händedruckes. Eine zusammenhängende Abhandlung der aufbauenden Psychotherapie in der Irrenanstalt müßte alles aufzählen, was seit vielen Jahrzehnten in unseren Anstalten für die Betätigung, Unterhaltung, Zerstreuung, Ablenkung der Kranken geleistet worden ist. Nur das Wichtigste davon ist im ersten Teil der Arbeit besprochen und manches davon auch in die gegenwärtigen Mitteilungen eingeflochten. Nur auf drei Dinge möchte ich noch kurz hinweisen:

Einmal die Wichtigkeit der Auswahl der richtigen geistigen Nahrung für alle Kranke. Die Unterhaltungsbücherei einer Anstalt kann nie reichhaltig und vielseitig genug sein; und niemals sollte die Bücherverteilung dem Zufall oder lediglich dem untergeordneten Personal überlassen sein. Die geistigen Bedürfnisse und die geistige Höhe der einzelnen Kranken sind sehr verschieden; und der Arzt hat das größte Interesse daran, daß für jeden Einzelnen immer die geistige Nahrung zur Stelle ist, die er einmal vertragen kann, und die ihm andererseits auch mundet. Die Lektüre soll ja nicht nur geistige Arbeit sondern auch Erholung sein. Auch sie wird sich, wenn sie nützen soll, an der oberen Grenze der Leistungsfähigkeit halten müssen. Begabte jugendliche Kranke können geistig geradezu verbummeln, indem sie in jeder freien Minute nur nichtssagende, seichte Romane und Novellen, natürlich immer unter Bevorzugung des Aufregenden, Sensationellen, verschlingen. Die reiche Ausstattung der Bücherei mit guten Reisebeschreibungen, Naturschilderungen, geschichtlichen Erzählungen, auch mit leichtverständlichen Schriften aus dem Gebiet der Naturwissenschaften, der Technik, der verschieden Berufe, dazu eine gute Musikaliensammlung mit Kompositionen verschiedener Schwierigkeit ist immer von großem Nutzen, wenn alle diese schönen Sachen nicht nur vorhanden sind, sondern auch immer richtig benützt werden.

Das zweite ist die Diskretion mit den Schwächen und Unvollkommenheiten der Kranken. Es macht einen überaus traurigen und menschenunwürdigen Eindruck, wenn einzelne Kranke in der Anstalt oder auf ihren Abteilungen, bei Festlichkeiten und anderen Gelegenheiten, häufig die Rolle von komischen Personen, von Hanswursten und Narren spielen, von der Umgebung in ihren Schwächen produziert

oder damit aufgezogen werden. Auch vorsorgend sollte man dazu geneigte Kranke davor schützen, in eine Lage zu geraten, in der sie eine klägliche Rolle spielen. Das drückt immer die ganze Gemeinschaft herunter. Auch der Geisteskranke soll Selbstachtung und Menschenwürde nie abstreifen; wo er dafür von selbst nicht sorgen kann, müssen Arzt und besonders auch das Pflegepersonal dauernd darauf bedacht sein, daß über seine Schwächen mit möglichster Schonung hinweggegangen wird, und daß die Umgebung möglichst wenig davon merkt. Keinesfalls dürfen Kranke dazu erzogen werden, auf ihre Schwächen und Abwegigkeiten stolz zu sein, ihnen eine große Wichtigkeit beizulegen, statt sie möglichst zu verdecken und dagegen anzukämpfen. Es war früher ein in Anstalten weit verbreiteter Mißbrauch, Kranke mit „originellen“ Wahnvorstellungen und Gewohnheiten jedem in die Anstalt kommenden Besuch vorzuführen. Wir führen doch auch nicht körperliche Gebrechen zum Ergötzen oder zur Befriedigung der Neugierde Fremden vor, sondern gehen milde darüber hinweg. Da diese Neugierde für alles, was mit Geisteskrankheit zusammenhängt, bei Anstaltsbesuchern immer vorhanden ist, gehört besonders bei Massenbesuchen durch größere Gesellschaften sehr viel Takt und Geschicklichkeit von seiten der Führung dazu, um die unbedingte Forderung der Diskretion immer zu erfüllen. Nebenbei möchte ich bemerken, daß wir hier, bei aller Anerkennung der Zweckmäßigkeit, auch weiteren Kreisen Einblick in unsere Irrenfürsorge zu gewähren, doch gerade mit Rücksicht auf die gebotene Diskretion nur solche Besucher und Korporationen in die Krankenabteilungen führen, welche durch Amt oder Beruf mit der Krankenfürsorge oder der Wohlfahrtspflege zu tun haben: Ärzte, Pflegepersonen, Verwaltungsbeamte, Geistliche, Lehrer, Fürsorger, öffentliche Körperschaften, Frauenvereine vom roten Kreuz usw., mit Vorsicht auch Vertreter der Presse, wenn wir sicher sind, daß sie das Gesehene nicht im sensationellen, sondern lediglich im belehrenden und aufklärenden Sinne verwerten werden.

Und das dritte ist, daß man auch bei der ernstesten Abwehr unsozialer Eigenschaften niemals außer acht lassen darf, die Kranken auch nach oben, nach den günstigeren Daseinsbedingungen, hinzudrängen. Gerade die schwierigsten, so leicht auf Kampf mit uns eingestellten Menschen, die Psychopathen usw., müssen nicht nur immer spüren, daß, um ein drastisches Bild zu gebrauchen, unsoziales Verhalten sie selbst in die Hölle, d. h. zu unerfreulichen Lebensbedingungen, führt, sondern möglichst häufig auch die Erfahrung machen, daß schon der Beginn eines besseren Verhaltens sie auch in „den

Himmel", in angenehmere Verhältnisse, auf geordnetere Abteilungen bringt. Man muß ihnen geradezu „goldene Brücken" nach dorthin bauen; aber überschreiten müssen sie diese Brücken selbst. Würden wir in schulmeisterndem Schematismus mit einer Versetzung in das angenehmere Milieu warten, bis der Kranke sich „bewährt" hat, dann würden wir oft niemals dazu gelangen, sondern oft genug Verbitterung, Hoffnungslosigkeit, gesteigerte Trotzeinstellung entstehen sehen. Es gelingt fast immer, das bessere Verhalten — durch besonders vorsichtige Schaffung der Bedingungen dazu — einmal geradezu zu konstruieren, um dann, wenn nur einmal drei Tage hindurch „nichts passiert ist", die Gelegenheit zu einer Versetzung in spürbar bessere äußere Verhältnisse zu ergreifen. Es ist kein Theater, das wir uns damit selbst vorspielen, wenn wir dann dem Kranken gegenüber so tun, als habe er selbst das Verdienst an dem erzielten Fortschritt. Denn wahr und wirksam bleibt immer die Logik: „Du hast Dich tatsächlich einige Tage zusammengenommen, deshalb können wir Dich zu ruhigeren Kranken versetzen." Der Aufenthalt in den weniger günstigen, schärfer überwachten Verhältnissen soll immer nur so kurz wie irgend möglich dauern. Beweglichkeit, Optimismus und eine gewisse Kühnheit braucht der Psychiater in seinem Beruf; und nicht den schlechtesten Teil seiner Erfolge wird er ihnen verdanken.

Mißerfolge in der Behandlung schwieriger Kranken sind bei jungen Ärzten oft geradezu auf ihre Gewissenhaftigkeit und Ängstlichkeit zurückzuführen, die sie hindert, auch einmal etwas zu riskieren. Es geht ihnen dabei wie dem Skatspieler, der immer nur die ganz sicheren Spiele spielen will. Wer nicht auch einmal einen etwas „faulen Grand" riskiert, wird nie die Freude erleben, ihn zu gewinnen. Wie oft hört man für ein Nicht-Loskommen eines schwierigen Kranken von der unsozialen Wache die Begründung: der Kranke sei schon nach einem oder auch mehreren früheren Verlegungsversuchen wieder rückfällig geworden. Das darf kein Grund sein, es nicht immer wieder von neuem mit ihm zu versuchen. Als äußerer Anlaß dazu lassen sich immer einmal wieder drei Tage herausfinden oder „konstruieren", wo es mit ihm „gut gegangen" ist. Gerade dieses häufigere Erkennbarwerden von Ursache und Wirkung in ihrem logischen Zusammenhang kann schließlich doch noch zu einem Dauererfolg führen. Und es ist dies auch der Weg, auf dem der erfahrene Psychiater es immer wieder fertigbringt, die schwierigsten Abteilungen zu entlasten, wo der Unerfahrene keinen anderen Rat mehr wußte, als eine neue „Unruhigenwache einzurichten" oder gar die Anstalt

für Neuaufnahmen zu sperren, während auf den ruhigen Abteilungen noch reichlich Platz ist. Letzteres ist kein Zeichen von therapeutischer Kraft! Und am allerwenigsten hat der Psychiater Anlaß zu triumphieren, wenn es ihm gelingt, seine schwierigsten Fälle seinen Kollegen oder auch anderen Anstalten zuzuschieben. Er handelt dabei wie ein Handwerker, der seine mißratenen Erzeugnisse ins Schaufenster stellt! Ich habe jedesmal ein peinliches Gefühl dabei, wenn einmal aus äußeren Verwaltungsgründen ein ungebesserter, mit unsozialen Eigenschaften ausgestatteter Kranker von uns in eine andere Anstalt übergeführt werden muß. Denn nach unseren Erfolgen und Mißerfolgen werden wir beurteilt. Ich glaube den Satz vertreten zu können: Wenn eine Anstalt von der durchschnittlichen Größe und den Aufnahmeverhältnissen unserer öffentlichen Anstalten (etwa 1000 Plätze bei 4—500 jährlichen Aufnahmen aller Art) im Jahre nur 3—4 schwer unsoziale Kranke von sich „abschieben" kann, dann beansprucht das, was übrig bleibt, gar keine besondere Kunst mehr. Dann sollte diese Anstalt aber auch über die Behandlung der schwierigsten Fälle gar nicht mitreden!

Über die Auswirkungen einer aktiveren Krankenbehandlung auf die Kranken kann ich zusammenfassend das gleiche sagen, was wir bei *Paetz* (l. c. S. 9) über den „außerordentlich wohltätigen und heilsamen Einfluß" lesen, den seinerzeit die Einführung des No-restraint ausübte. Das Anstaltsleben und das Verhalten der Pflegebefohlenen „gewannen einen ganz anderen Charakter; die Kranken wurden ruhiger und fügsamer, milder in ihrer Stimmung und ihren Sitten; Aufregungszustände, Zerstörungssucht, Unsauberkeit milderten und verringerten sich, das Verhältnis der Kranken zu ihren Pflegern und Ärzten wurde ein freundlicheres und vertrauensvolleres; Ruhe und Frieden, Ordnung und Behaglichkeit wurden die Signatur des Hauses".

Und alles das finden wir genau so berichtet aus den Anstalten, in denen vor 100 und mehr Jahren die zielbewußte Beschäftigung der Kranken eingeführt wurde, und ähnlich lauten die Berichte aus der Jahrhundertwende bei Einführung der Bettbehandlung. Ich komme auf diese Übereinstimmung am Schlusse zurück. Im einzelnen kann ich noch ergänzend hinzufügen: fast ganz aus dem Anstaltsbild verschwunden sind die Affektausbrüche der Kranken; sehr vermindert hat sich die feindselige Einstellung zu Arzt und Pflegepersonal; es wird selten mehr queruliert, viel weniger geschimpft und gehetzt; alles spielt sich friedlicher, höflicher, konzilianter ab, auch der Verkehr der Kranken

untereinander. Das Dasein der Kranken ist menschenwürdiger geworden, und zwar nicht lediglich durch Änderung der äußeren Daseinsform, sondern durch Änderung des Wesens der Kranken, ihrer Grundeinstellung zum Leben selber; das Spielerische, das früher so manche Krankenabteilung beherrschte — und zwar ganz besonders auch die ruhigen Abteilungen — ist in Fortfall gekommen. Wir haben nicht mehr Narren und mehr oder weniger läppische und haltlose große Kinder um uns, sondern erwachsene, gesittete Menschen, Selbstbewußtsein und Selbstvertrauen der Kranken haben sich gehoben, seit der Kranke wieder daran gewöhnt wird, seine Forderungen ans Dasein weniger aus seiner „Krankheit" (bewußt oder unbewußt!) abzuleiten, als aus seiner eigenen Leistung. Ganz auffallend ist, wie auch die frisch aufgenommenen aufgeregten und störenden Kranken sich der einmal in der Anstalt vorhandenen Ruhe und Ordnung meist sehr schnell, oft sogar sofort vom ersten Augenblick an, einfügen, so daß man manchmal im Zweifel sein kann, ob das denn dieselben Menschen sind, von denen in der Anamnese so häßliche und störende Eigenschaften berichtet werden. Nicht nur die Aufgeregtheit ist im ruhigen Milieu verschwunden, sondern oft zeigt sich daneben auch die Klarheit des Denkens viel weniger gestört, als es nach der Anamnese zu erwarten war. Ganze Krankentransporte wurden in die Anstalt übernommen, bei denen sich von vornherein nichts mehr von den häßlichen Eigenschaften fand, die einzelnen Kranken in den Krankenblättern nachgesagt wurden. Solche Besserungen durch Versetzung in andere Verhältnisse sind den Psychiatern lange bekannt. Nach unseren Erfahrungen glaube ich nicht, daß es schlechthin die „anderen" Verhältnisse sind, welche diese Wirkung haben, sondern eben der Übergang in eine *günstigere* Umwelt.

Wir haben beobachtet, *wie auch den in Anstalten „erfahrenen" Kranken diese Milieuveränderung auffällt*: Vor einigen Jahren erhielten wir aus einer anderen Anstalt mit vierwöchiger Zwischenzeit zwei Transporte chronischer Anstaltspfleglinge (Frauen). Als der zweite Transport auf die Abteilungen verteilt war, konnte folgendes Gespräch zwischen einer der neuangekommenen mit einer der zuerst gekommenen belauscht werden:

Die neugekommene (Schwachsinn nach Kinderlähmung, als sehr unsozial bekannt, widersetzlich, zänkisch, launenhaft, eigensinnig, unfriedenstiftend):

„Was sind das hier für komische Kranke; die sind ja alle ganz ruhig; und tun alles, was die Pflegerinnen sagen."

Die andere: „Wart nur einmal ab, wenn du einmal 14 Tage hier bist, bist du gerade so wie wir."

Von einer anderen der neugekommenen Kranken wurde der Pflegerin gegenüber eine Bemerkung ähnlichen Inhalts gemacht, nur noch mit

dem Zusatz: „Da sollt ihr aber einmal sehen, das gibts bei uns nicht, mit uns kriegt ihr noch Last.“ Sie hat es in der Folge noch nicht einmal versucht, ihre Drohung in die Tat umzusetzen, sondern ist dauernd friedlich, ordentlich und fleißig geblieben.

Ganz zweifellos hat auch die körperliche Frische und Regsamkeit der Kranken sich im Durchschnitt gehoben, wie das nach den im ersten Teil der Arbeit erörterten biologischen Zusammenhängen nicht anders zu erwarten war. Die Kranken sind frischer, rüstiger, widerstandsfähiger gegen Krankheiten (Bessere Herztätigkeit!). Ganz auffallend frisch halten sich die Senilen und auch manche Paralytiker. (Ich denke bei letzteren noch an die Zeit, ehe wir die Malariabehandlung aufgenommen hatten!) Wiederholt meinten unsere Besucher, wir hätten doch lange nicht so viele trostlose Fälle wie sie, besonders nicht so viele Sieche und Senile. Ich wüßte keinen rechten Grund für eine solche Verschiedenheit in gleichartigen Anstalten, zumal ich selbst bei der Prüfung der Aufnahmeanträge den unerfreulichen Eindruck hatte, daß wir gerade recht viel mit solchen Zugängen aus Siechen- und Altersasylen gesegnet wären. Eine Zusammenstellung des Alters unserer sämtlichen Kranken (Bestand vom 15. 6. 28) ergab:

Alter	Männer	Frauen
Alter bis zu 20 Jahren	8 Männer	14 Frauen
20—30 Jahre	109 „	105 „
30—40 „	89 „	125 „
40—50 „	72 „	109 „
50—60 „	63 „	81 „
60—70 „	49 „	52 „
70—80 „	10 „	26 „
über 80 „	1 „	11 „
Zusammen	401 Männer	523 Frauen

Wir haben demnach 149 über 60 Jahre alte Kranke (60 Männer und 89 Frauen) und 48 über 70 Jahre alt (11 Männer, 37 Frauen). Ich glaube nicht, daß diese Zahlen so erheblich geringer sind, wie an anderen Anstalten. Aber das Siechtum und das hohe Alter der Leute fallen nicht so auf, weil sie sich frischer halten und deshalb auch meist jünger aussehen als sie sind. Nicht des Humors entbehrt folgendes kleine Erlebnis: Garten der Frauenlazarett- und Siechenabteilung. Frühlings-Sonntag-Morgen. Auf einer Gartenbank sitzen 5 der ältesten Frauen mit vergnügten Gesichtern und lassen sich von der Sonne bescheinen. Ich rufe ihnen im Vorbeigehen zu: „Na, Ihr habts einmal besser wie ich; Ihr könnt in der Sonne sitzen und ich muß arbeiten; nun singt mir mal wenigstens ein Liedchen.“ Ich erwartete gar nicht, daß darauf etwas erfolgen würde. Doch sie stimmten gemein-

sam an: „Freut Euch des Lebens“ zu singen. Der Gesang war nicht schön, aber symptomatisch!

Ein erheblicher Teil der allgemein zunehmenden Anstaltsüberfüllung ist m. E. auf die so zustande kommende längere Frischerhaltung, Konservierung der Schwachen, Kranken, Alten zurückzuführen. Aber auch in dieser Frage spielt die „aktivere Therapie“ hinein: Legten wir alle diese Hochsenilen und die anderen „Schwachen“ aller Art dauernd zu Bett, dann unterliegt es für mich keinem Zweifel, daß binnen Jahresfrist ein großer Teil von ihnen infolge Einschlafens wichtiger Funktionen (Herztätigkeit, Atmung, Gesamtstoffwechsel) ihre Bronchopneumonie, ihre Herzschwäche hätten und daran zugrunde gingen. Wenn das nun meine Überzeugung ist und ich lege die Leute doch zu Bett, wie stehe ich dann dem § 211 des Strafgesetzbuches gegenüber? Das soll kein Scherz sein; und noch weniger denke ich daran, etwa Kollegen, die in dieser Frage anders denken und handeln wie ich, einer strafbaren Handlung zu zeihen. Aber schon aus der Zuspitzung, die in solchen Fragen möglich ist, wird wieder einmal die Unvollkommenheit und die Unlogik alles menschlichen Denkens und aller menschlichen Einrichtungen offenbar. Vom biologischen und auch vom bevölkerungspolitischen Standpunkt ist die Konservierung des Schwachen und Minderwertigen um jeden Preis zweifellos unerwünscht und sogar widersinnig. Aber vom Standpunkte der heutigen Zivilisation ist eine Änderung ebensowenig diskutierbar, wie vom Standpunkt der geltenden ärztlichen Ethik.

Es trifft nicht zu, wenn man sagt, die Erfolge einer „aktiveren Krankenbehandlung“ bezögen sich in der Hauptsache auf die Schizophrenen; bei anderen Krankheitsformen sei deshalb eine solche Behandlung weniger angebracht. Schon meine Ausführungen über die Durchführung der Therapie ließen deutlich erkennen, daß wir vor keiner psychischen Krankheitsform grundsätzlich mit einem aktiven Vorgehen haltmachen. Wie stark allerdings dabei individualisiert werden muß, habe ich wiederholt deutlich genug ausgesprochen; ebenso, daß die sich entgegenstellenden Schwierigkeiten und auch der Grad des erreichten und erreichbaren Erfolges sehr verschieden sind. Es scheint mir auch, daß die Schwierigkeiten, einen Erfolg zu erzielen, viel weniger in der klinischen Krankheitsform bzw. deren Namen begründet sind, wie in der Zusammensetzung des Krankheitsbildes, besonders in der ihm zugrunde liegenden Persönlichkeit. Bei allen Krankheitsformen kann ich mich an Einzelfälle erinnern, die spielend leicht zu beeinflussen waren und wieder an solche, wo das sehr schwer war; am ehesten kennen wir noch grund-

sätzliche und offenbar mit den Besonderheiten der Erkrankung zusammenhängende Schwierigkeiten bei den Encephalitikern mit mäßiger intellektueller und starker ethischer Schädigung und dann bei manchen psychisch und erzieherisch stark vernachlässigten bzw. viele Jahre lang falsch behandelten Idioten und Epileptikern. Bei solchen Idioten finden wir Ungezogenheiten und unsoziale Gewöhnungen der häßlichsten Art oft derart durch die lange einseitige Gewöhnung fixiert, daß ihnen fast gar nicht mehr durch Gegengewöhnung beizukommen ist. Ganz unbeeinflußbar sind sie aber doch nicht, wenn man sehr viel Mühe und Ausdauer darauf verwendet. Auch die bekanntermaßen sehr hartnäckigen Encephalitiker sind durch konsequentes Nichtdurchlassen „unsozialer Neigungen" und durch Aufrechterhaltung einer gewissen Verantwortung doch noch manchmal zu beeinflussen.

Eine in der Hauptsache psychische Therapie wird von vornherein nicht viel Aussicht haben, die organisch-chemische Grundlage der Erkrankung und damit deren elementare Symptome unmittelbar zu beeinflussen. So ganz ausschließen möchte ich aber eine solche Beeinflussung, wenigstens für manche Fälle, doch nicht. Auch diese Gedankengänge sind nicht neu — wir finden sie auch schon in der Begründung der Dauerschlafbehandlung (*Kläsi* u. a.): Durch fortgesetzte tobsüchtige Erregung tritt Erschöpfung ein, und wenn diese nicht durch Ausruhen und Schlaf wieder ausgeglichen wird, werden die — doch auch wieder chemischen — Veränderungen, deren Ausfluß doch die Erregung nur ist, weiter schädigend wirken, so daß ein circulus vitiosus entsteht, der den Schaden immer vergrößert und ihn nicht zum Ausgleich kommen läßt. Beobachten wir uns selbst, wie unsere ganze Leistungsfähigkeit, unsere Stimmung, unsere innere Ruhe und Ausgeglichenheit gestört sind, wenn wir nur eine Nacht ungenügend oder gar nicht geschlafen haben, dann können wir uns eine Vorstellung davon machen, wie es in dem Kopf des Geisteskranken aussehen muß, der Tage und Wochen lang nicht zum Schlafen gekommen ist. Der Dauerschlaf sucht diesen circulus vitiosus durch chemische Erzwingung einer längeren Ruhe zu durchbrechen; und die Erfahrungen zeigen, daß dies auch anscheinend in einer Reihe von Fällen gelingt. Den gleichen Erfolg muß es haben, wenn es uns gelingt, die Ruhigstellung auf psychischem Wege, nötigenfalles unter Zuhilfenahme geringerer chemischer Mittel, zu erreichen.

Es wird nun öfter die Frage aufgeworfen, ob eine „aktivere Therapie" die Heilungsaussichten der Psychosen verbessern könne. Daß das der Fall sei, konnte natürlich von mir niemals behauptet

werden. Aber zweifellos setzen wir die ganze — physische und psychische — Persönlichkeit des Kranken durch die Auswirkung der Therapie unter in vieler Beziehung günstigere Bedingungen, so daß wir hoffen dürfen, daß der Körper der Kranken in der Abwehr der krankhaften Schädigung durch die Therapie unterstützt wird. Ob und in welchem Maße eine aktivere Therapie wenigstens eine vermehrtere Entlassung der Kranken aus der Anstalt ermöglicht, wird zahlenmäßig heute sehr schwer festzustellen sein, da die Entlassungsziffern heute mehr wie jemals außer durch den Zustand des Kranken selbst auch noch durch viele andere Dinge beeinflußt werden. Darüber wird ja in der letzten Zeit viel gesprochen. Wohnungsnot, Arbeitsmangel, zerrüttete Familien- und wirtschaftliche Verhältnisse, oft auch mangelnder guter Wille der nächsten Angehörigen lassen heute viele Entlassungen scheitern, die nach dem Zustand des Kranken nicht nur gerechtfertigt, sondern sogar geboten wären. Von den freieren Fürsorgeformen: Familienpflege und Außenfürsorge, erhoffen wir ja für die Zukunft eine starke Entlastung der Anstaltsfürsorge von solchen gebesserten Kranken.

In vieler Beziehung geht es mit den Psychosen wie mit der Tabes: Das, was im organischen Aufbau des Zentralnervensystems einmal zerstört ist, können wir durch keine Therapie wieder herstellen, aber mit dem was übriggeblieben ist, können wir durch Übungsbehandlung noch sehr viel anfangen. Nicht nur die Kordination können wir, vielleicht durch Zuhilfenahme anderer, noch ungestörter Hirnteile bessern, sondern auch die Kraft und die Ausdauer. So wird die Leistungsfähigkeit des Kranken wenigstens so weit wieder hergestellt, als das in Anbetracht der nun einmal bestehenden organischen Schädigung möglich ist. Auch alle Therapie ist an die Relativität der gegebenen Möglichkeiten gebunden. Das Wichtigste aber ist, daß 90% der Kranken, bei denen die übriggebliebenen Kräfte für den freien Kampf im Dasein nicht mehr ausreichen, doch als mehr oder weniger weitgehend gebessert im Bestande der Anstalt bleiben, und zwar unter Lebensbedingungen, die für viele Kranke mit denen kaum mehr verglichen werden können, unter denen sie bei einer weniger aktiven, d. h. im wesentlichen auf „Laisser-aller" eingestellten Therapie lebten. Und hierin sehe ich den sicheren Gewinn für unsere Kranken.

Die Unvollkommenheit alles menschlichen Beginnens wird auch an der erreichten Milieuverbesserung wieder offenbar. Urteilsfähige Besucher halten das hier auf diesem Gebiete Erreichte für sehr weitgehend. Eine Zusammenstellung aus unseren Tagesberichten über das, was in einem Jahre an unerfreulichen Ereignissen passiert, ergibt aber davon noch mehr als genug. Ich lasse die Zusammenstellung aus dem Jahre

vom 1. 7. 27 bis 30. 6. 28 folgen, und zwar zur Raumersparnis nur für die Frauen. Die Krankenzahl stieg in dieser Zeit von 436 auf 505.

Es kamen vor:

Entweichungen: 11 (4 aus offenen Häusern, bzw. offenen Arbeitsstellen, 5 aus geschl. Abteilungen, je 1 auf dem Wege zur Kirche bzw. zur Arbeitsstätte).

Suizid (Erhängen): 2. Beide standen vor der Entlassung und schienen sich auf diese zu freuen. In einem Falle spielte plötzlich aufkommende Angst vor den häuslichen Verhältnissen die entscheidende Rolle.

Selbstbeschädigungen:
1 Katatonika schlug sich mit Holzschuh den Kopf blutig.
1 Schwachsinnige verschluckte die Düse eines Ölkännchens.
1 Imbezille verletzte sich beim Einschlagen einer Fensterscheibe.
3 Frauen schnitten sich die Haare ab (Bubikopf).

Angriffe auf Pflegepersonal: 2. Ergebnisse: 1 mal Brille zerschlagen, 1 mal Schürze zerrissen.

Angriffe auf andere Kranke: 5. Ergebnisse: 1 mal Oberschenkelbruch durch Hinfallen, 1 mal blaues Auge, 3 mal kleine Verletzungen.

Unglücksfälle: 16. Darunter: 12 kleine Verletzungen durch Fall hinfälliger Kranker. 3 desgl. im epil. Anfall, 1 kleine Verletzung durch Glasschnitt.

Eingeschlagene Fensterscheiben: 35.

Zerrissene Wäschestücke: 43.

Sonstige Zerstörungen: 19, und zwar: 2 Glühbirnen — 1 elektr. Lampe — 4 Porzellanteller — 1 Tasse — 1 Lichtschalter — 1 Zimmerthermometer — 1 Blumenvase — 1 Bild — 1 schlecht spielende Grammophonplatte, von einer Katatonika im Zorn darüber zu Boden geworfen — 1 künstl. Gebiß, im Zorn zu Boden geworfen — 1 Bettstelle und 2 Türen beschädigt — 1 Blatt böswillig aus Zeitschrift gerissen.

Bei Männern sind die Angriffe auf Personen etwas häufiger, dagegen treten eingeschlagene Scheiben und zerrissene Wäsche ganz zurück.

Weiter möchte ich aus der laufend geführten Monatsstatistik der Milieutherapie nur folgende Zahlen aus Monat Juli 1928 (die letzte, die ich gerade in Händen habe) mitteilen. Die Zahlen sind, um ohne weiteres vergleichbar zu sein, auf 100 Köpfe umgerechnet. Es kommen im täglichen Durchschnitt auf je 100 Köpfe der Belegung:

	Bei den Männern	Bei den Frauen
Störungen durch lautes und sonst unsoziales Verhalten	1,8	2,0
Gegebene Sedativa	1,7	1,7
Isolierungen	0,2	0,6
mit Durchschnittsdauer	14 Minuten	20 Minuten
Unbeschäftigte	1,2	0,8
Unsauber mit Urin	0,35	0,8
Unsauber mit Kot	0,2	0,1

Die seit 1921 geführten Tabellen zeigen in den Monatsdurchschnitten seit einigen Jahren nur noch geringe Schwankungen aller dieser Zahlen

Die ganze hiesige Statistik zeigt, was mit den Beobachtungen anderer Anstalten übereinstimmt, daß durch die Vermehrung der Krankenbeschäftigung die Zahl der Unglücksfälle keinesfalls vermehrt ist. Die — übrigens verhältnismäßig seltenen — Selbstmorde standen bisher niemals mit der Beschäftigung in irgendeiner Beziehung.

Nicht ohne Bedeutung sind die Ergebnisse einer aktiveren Therapie für unsere ganze Betrachtungsweise des psychischen Krankheitsbildes der Psychosen. Daß darin die prämorbide Persönlichkeit ebenso eine Rolle spielt, wie eine Reihe von „sekundären" Erscheinungen, wird in den Lehrbüchern (*Kraepelin*, *Bleuler* u. a.) längst betont. Vielleicht können aber die neuerdings gemachten Erfahrungen dazu beitragen, diese Auflösung des Krankheitsbildes in seine Komponenten noch schärfer herauszuarbeiten und die Grundkrankheit selbst noch mehr von all dem Beiwerk zu entkleiden, das gar nicht zu ihrem Wesen gehört. Als diese Komponenten kämen in Betracht:

A. Die Gesamtpersönlichkeit, wie sie vor Beginn der Erkrankung war. Sie war schon das Ergebnis
   1. der ererbten Veranlagung und
   2. der Summe aller Umweltwirkungen auf diese so veranlagte Persönlichkeit seit der Geburt.

   Dazu treten nun:

B. Die irgendwoher kommende Schädigung des Gehirns mit ihren unmittelbar das Seelenleben schädigenden, reizenden, hemmenden, lähmenden, zerstörenden Einflüssen.

C. Die individuelle Reaktion beim Zusammentreffen von A und B, die sehr verschieden sein kann. Erinnert sei nur an ihre große Verschiedenheit bei der einfachsten experimentellen Intoxikationspsychose, die wir kennen, dem Alkoholrausch. Mit dieser Verschiedenheit der Reaktionen auf gleiche Schädlichkeit müssen wir bei allen toxisch bedingten Erkrankungen rechnen.

D. Die Erscheinungen, die sich dann sekundär aus der Wechselwirkung der krankhaft geschädigten Persönlichkeit mit der Umwelt entwickeln.

Gerade die am meisten in die Augen springenden und die unsozialsten Eigenschaften vieler Kranken gehören nicht zu den echten, unmittelbaren Auswirkungen der Gehirnerkrankung. Als solche bleiben zuletzt, neben einigen — meist vorübergehenden — Reizerscheinungen (Schlaflosigkeit, Ruhelosigkeit, Bewegungsdrang, aufgeregtes Wesen, Gedankenflucht, einfache Sinnestäuschungen) nur noch die Schädigung der Lebensenergie selbst samt ihrer Ansprechbarkeit

und Regsamkeit, der Merkfähigkeit und Fähigkeit, zwischen verschiedenen Vorgängen Verbindungen herzustellen. Und wo es uns z. B. im Laufe einer Schizophrenie wirklich gelingt, alles andere Beiwerk zu beseitigen, da behalten wir das — oft recht traurige — Bild dieser verhängnisvollen Krankheit in ihrer nackten Gestalt übrig: ein einfaches Nachlassen aller Kräfte und Fähigkeiten, ein Stumpferwerden und schließlich Versagen für die selbständige Lebenshaltung. Bekannt ist, wie dieses Abwärtssinken oft schubweise unter heftigen Reizerscheinungen vor sich geht, in anderen Fällen wieder schleichend und progressiv, wie dann dauernder oder vorübergehender Stillstand eintritt. Machen wir uns die biologischen Zusammenhänge klar, dann wird es uns nicht wundern, daß diese verhängnisvolle Schädigung zuerst die höchsten und schwierigsten (und auch wohl in der Entwicklung zuletzt erworbenen und nicht so fest fixierten) Leistungen betrifft: die bewußte, logische Einordnung des eigenen Denkens und der eigenen Persönlichkeit in die Summe der aus der Umwelt kommenden Erfahrungen, und daß bei schwerer und länger dauernder Schädigung auch die biologisch-älteren, fester gefügten Fähigkeiten und „Bahnungen“ merkbar betroffen werden. Zum Glück macht ja die Krankheit meist auf den noch höheren Stufen halt, so daß wir jene traurigen geistigen Ruinen nur auf einzelnen unserer Überwachungsabteilungen stärker vertreten finden.

Dem organischen Ablauf der Krankheit selbst halt zu bieten, vermögen wir bisher nicht. Wir warten einstweilen noch auf den größten Psychiater aller Zeiten, der uns lehren wird, wie die Stoffwechselstörung, welche unser Gehirn so verhängnisvoll schädigt, zustande kommt und wie sie zu beheben ist, der uns also die „große kausale Therapie“ bescheren wird. Unserer heutigen symptomatischen Therapie bleiben als Angriffspunkt nur die drei übrigen Komponenten des Krankheitsbildes; und daß sie da nicht machtlos ist, beweisen unsere Erfahrungen.

Unser ideales Ziel bleibt die Entlassung des geheilten Kranken. Unser reales, erreichbares Ziel ist, jedem Kranken auf Grund des ihm verbliebenen Restes von Fähigkeiten noch eine möglichst selbständige Lebensführung zu vermitteln und ihn dadurch, so weit wie es geht, wieder vom Arzte und der unmittelbaren Fürsorge unabhängig zu machen. Für eine möglichst große Anzahl der aufgenommenen Kranken soll die Anstalt mit ihrem großen Apparat nur eine Schule, einen Übergang bilden zu freieren Verhältnissen: Unsere Bestrebungen sind kein Gegensatz zu denen der „Frühentlassung“, der Familienpflege, der Außenfürsorge, sondern

umgekehrt nur eine notwendige Vorarbeit zu allen diesen Fürsorgeformen. Es ist nur eine ganz folgerichtige Auswirkung unserer Grundsätze, daß jeder Kranke, der freiere, mit größerer eigener Verantwortung verbundene Verhältnisse vertragen kann, auch in diese versetzt werden muß.

Es kann der gemeinsamen Sache nur schaden, wenn wir nach außen hin auch nur einen Anschein jenes Gegensatzes aufkommen lassen. Je aktiver die Therapie in einer Anstalt, desto mehr Kranke bereitet sie für die freiere Verpflegungsform vor. Was *Bufe* [1]) zur Familienpflege sagt, kann ich ohne Einschränkung unterschreiben, nicht aber kann ich es gelten lassen, wenn dort für die wirtschaftlichen Betriebe der Anstalten die Ersetzung beschäftigter Kranker durch gesunde Arbeitskräfte empfohlen wird, um die Kranken für die Familienpflege frei zu bekommen. Es besteht keine Konkurrenz zwischen Familienpflege und Anstalt betr. der für beide geeigneten Kranken. Wenn Kollege *Bufe* neuerdings noch irgendwo Schälküchen gesehen hat, in denen von 50 Frauen nur 10 etwas leisten — ich nehme an, daß er diese Beobachtung nicht in Uchtspringe gemacht hat —, dann kann ich nur versichern, daß mindestens in diesen Schälküchen eine aktive Therapie nicht betrieben wird. Ich sehe selten in unserer Schälküche, daß von den da beschäftigten 40—50 Kranken auch nur eine einzige oder 2 nichts leisten; und dasselbe ist in allen anderen Betriebsstellen auch der Fall; und ebenso wird es mir aus vielen anderen Anstalten berichtet, wo man diesen Verhältnissen sein Augenmerk zuwendet. Wenn wir aber 1000—1500 Kranke einer großen Anstalt regelmäßig beschäftigen wollen, dann müssen wir um jede Arbeit, die irgend von Kranken geleistet werden kann, so froh sein, daß es geradezu widersinnig wäre, wollten wir auch nur an einer Stelle die Kranken durch Gesunde oder durch Maschinen ersetzen. Ich hoffe, daß auch bei uns die — außerhalb der Anstalt liegenden — Schwierigkeiten der Familienpflege sich allmählich beheben lassen: dann wird aber jede in Schälküche oder ähnlichem Betriebe angelernte Kranke gern für Familienpflege zur Verfügung stehen; und wenn 50 im Laufe eines halben Jahres hinausrücken, dann rücken ebenso schnell 50 andere wieder in den Betrieb hinein. Wenn eine Anstalt 1000 Plätze hat, wird sie immer auch von 1000 Kranken besetzt sein, die beschäftigt werden müssen, gleichviel wie viele daneben noch in Familienpflege sind.

Nur summarisch kann ich noch die Wirtschaftlichkeit einer aktiveren Anstaltstherapie behandeln: Erste Richtschnur für den Arzt wird immer das Wohl der Kranken bleiben. Jeder Arzt, und der Anstaltsarzt ganz besonders, ist aber auch Glied der Volksgemeinschaft; und als solches darf er nie vergessen, daß das Wohl seiner Kranken immer auf einem Wege angestrebt werden muß, der die Volksgemeinschaft möglichst wenig belastet. Man hat nun von der gesteigerten Krankenbeschäftigung eine erhebliche Verminderung der Last der öffentlichen Irrenfürsorge erhofft. Sicher würde diese

[1]) Psych.-neurol. W. 1928 Nr. 16 u. 17.

Hoffnung — wenn auch in einem etwas bescheideneren Ausmaße — auch erfüllbar sein, wenn unsere Anstaltsbetriebe sich völlig frei von Rücksichten auf das freie Handwerk, die freie Arbeiterschaft entfalten könnten, und wenn wir unsere „Gütererzeugung" lediglich auf die Leistungsfähigkeit unserer Kranken einstellen könnten. Unsere Heilanstalten sind aber in dieser Beziehung in einer ähnlichen Lage wie die Gefangenenanstalten und viele andere Einrichtungen: (für Blinde, Krüppel usw.), wo auch die Beschäftigung der Insassen in deren dringendem Interesse liegt, von den Produkten dieser Tätigkeit aber eigentlich niemand so recht was wissen will. Gerade die „feineren" und hochwertigeren Arbeitserzeugnisse (wie bessere Korbflechtarbeiten, Kunstwebereien, Stickereien, Spielwaren) sind in dem Maße, wie sie in einer großen Anstalt hergestellt werden können, gar nicht „realisierbar". Ich habe in einer großen ausländischen Anstalt, deren Direktor und Ärzte und Personal sich mit vollem Einsatz ihrer Kraft und dem entsprechendem Erfolge einer aktiveren Krankenbehandlung gewidmet hatten, im Magazine ganze Berge der schönsten und wertvollsten Erzeugnisse gesehen, in denen Werte von vielen Tausenden steckten, die aber nirgends „anzubringen" waren, wenn nicht mal Angestellte und Freunde der Anstalt gelegentlich das eine oder andere kauften. Und die Anstalt wird gerade ihre in bezug auf die Erzeugung und auch auf die geistige Förderung ihrer Kranken wertvollsten und vorbildlichsten Betriebe einschränken, wenn nicht gar einstellen müssen, weil sie ja, wie die Industrie sich ausdrückt, „nicht fortdauernd nur auf Lager arbeiten" kann. Es bleibt uns, sofern wir die Kranken nicht für den eigenen Betrieb beschäftigen können, die sehr wenig einträgliche Konkurrenz gegen allerlei Maschinenarbeit, bei der aber *wirtschaftlich* von vornherein nicht viel herauskommen *kann*. Bei manchen solchen Arbeiten stellt sich der tägliche „Verdienst" für einen — allerdings vielleicht geistig und körperlich recht schwachen — Kranken auf 3—4 Pfennige; und wir müssen noch froh sein, für diese Kranken noch diese Arbeiten zu bekommen. Ganz erhebliche Werte liegen aber in dem, *was die Kranken für den Anstaltsbetrieb selbst* leisten. Und diese Werte sind in bestimmten Geldsummen gar nicht so leicht auszudrücken. Erinnert sei nur an die starke Wertsteigerung durch Melioration der Anstaltsländereien, die durch Krankenarbeit jahraus, jahrein bewirkt werden. Ich habe diese Melioration bei zwei neuen Anstalten miterlebt und beobachtet und kann wohl sagen, daß beide Male die laufenden Ernteerträge sich allmählich um 50—80% gehoben haben. Gar nicht in Geld ausdrücken läßt sich auch der Wert der doch *nur*

durch Krankenarbeit hergestellten großen Park- und Gartenanlagen unserer neuen Anstalten. Ungezählte Posten und Pöstchen in der Anstalt können, bei richtiger Auswahl, statt von hochbezahlten Angestellten, von Kranken besorgt werden. Das alles weiß und tut jede Anstalt längst; die „aktivere“ Behandlung vermag uns ja auch nur ein „Mehr“ in dieser Richtung zu bringen. Daß wir an der Zahl des Pflegepersonals durch eine „aktivere Therapie“ viel einsparen können, glaube ich nicht. Einerseits wird allerdings durch den fast völligen Fortfall des Dauerbad- und Tages-Wachsaalbetriebs viel an Personal gespart, dieses Personal wird aber gerade durch die Vermehrung der Arbeitsstellen und durch die intensivere Arbeit an den in den Tagesräumen befindlichen Kranken wieder mehr gebraucht. Beides wird sich nach unseren Erfahrungen etwa ausgleichen.

Sehr erhebliche Ersparnisse werden aber erzielt durch den fast völligen Fortfall der „Zerstörungssucht“ der Kranken. Nehmen wir an, daß im Jahre 1927/28 die bei uns auf der Männerseite angerichteten Schäden etwa den gleichen Umfang gehabt hätten, wie die in der Übersicht Seite 292 von den Frauen berichteten, so kämen für die ganze Anstalt im Jahre Reparaturkosten von kaum 200 Mark heraus, was gar keinen Vergleich aushält mit dem, was wir früher gewohnt waren. Durch den völlig ausfallenden Dauerbad-Nachtbetrieb kommen sehr erhebliche Betriebskosten in Fortfall. In gleicher Richtung wirkt die Verminderung des Arzneiverbrauchs.

Ganz erhebliche Ersparnisse können aber bei Bau und Einrichtung der Anstalten gemacht werden, da bei der viel größeren Ruhe und der Ausschaltung der Gewalttätigkeiten so gut wie alle Sondereinrichtungen fortfallen können, wie besonders schwere und sichere Ausgestaltung von Türen und Fenstern, Möbeln. Auch die Überwachungsabteilungen für die unruhigsten Kranken, die wir noch bei Warstein (1903/05) zur Vermeidung der Lärmübertragung eingeschossig hielten, gestalten wir heute ruhig 2 bis 3-geschossig aus, was den Bau sehr verbilligt. Die Raumgrößen, auf den Kopf der Bewohner gerechnet, konnten infolge der vollkommenen Ruhe der letzteren erheblich knapper bemessen werden und halten sich jetzt auch auf den „Unruhigenabteilungen“ in der Nähe des baupolizeilich zulässigen Minimums, ohne daß die Abteilungen ungemütlich werden. Die noch nach älteren, die zu erwartende Unruhe berücksichtigenden, Normen erstellten Häuser konnten bei uns unbedenklich bis zu 50% stärker belegt werden und wirken immer noch behaglich. Ich rechne jetzt beim Bau von Überwachungsabteilungen für schwierige Kranke mit 2,3—2,5 qm Tages- und mit 5 qm Schlafraum pro Kopf (früher

mit 3,5 und mindestens 6 qm) und einer Belegung einer Einheit (Einzelabteilung) von 40 Kranken (früher 24!). Für die ruhigen und freien Abteilungen gehen diese Zahlen zurück auf 2,0 qm Tages- und 4,5 qm Schlafraum bei einer Belegung von 50 bis 55 Kranken (früher 2,8, 5,0 und 30!). Wer sich mit Bauen viel befaßt hat, weiß, was diese Änderung für die Baukosten einer großen Anstalt bedeutet.

Wenn es, wie oben bereits ausgeführt wurde, geradezu das Ziel einer aktiveren Krankenbehandlung ist, die Kranken so schnell wie möglich wieder für selbständigere und freiere Verhältnisse und Verpflegungsformen tauglich zu machen und sie dann aus der teuren Anstalt hinaus in Familienpflege oder volle Selbständigkeit unter Betreuung durch die Außenfürsorge zu bringen, dann wirkt sie auch dadurch in letzter Linie verbilligend auf die Irrenfürsorge.

Ich komme damit zu den Rückwirkungen, welche die Bestrebungen, die Anstaltstherapie „aktiver" zu gestalten, auf unsere ganze deutsche und in erheblichem Grade auch auf die ausländische Anstaltsfürsorge gehabt haben. Da nun einmal mein Name im Zusammenhang mit diesen Bestrebungen häufig genannt wird, sei mir an dieser Stelle ein kurzer persönlich-historischer Rückblick gestattet: Als ich 1923 zur Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie nach Jena fuhr, habe ich mir nicht träumen lassen, daß ich auf meine alten Tage noch unter die Schriftsteller oder unter die Redner gehen würde und daß die Anstalt Gütersloh und was wir dort trieben, noch einmal zum Gegenstand lebhafter klinischer Diskussion werden könnte. Mein Leben war — seiner ganzen Veranlagung nach — auf die Trias: Beobachten — Überlegen — Handeln, auf das Abarbeiten des täglichen, nicht zu knapp bemessenen Quantums an praktischen Aufgaben eingestellt gewesen. Schreiben und Reden liegen außerhalb des Bereichs meiner durch Gewöhnung fixierten und gebahnten Reaktionsformen; und die Buchdruckerkunst beginne ich — nach der Auswirkung, die sie tatsächlich für die Kulturvölker nimmt; der alte Gutenberg kann nichts dafür! — für eines der unheilvollsten Geschenke zu halten, die der Satan der Menschheit je gemacht hat. Im Laufe von fast 20 Jahren hatten wir uns in Warstein und Gütersloh, schon von einer guten Basis (Saargemünd unter *Dittmar*, Aplerbeck unter *Backenköhler*, Lengerich unter *Schäfer*) ausgehend, ganz allmählich auf ein immer aktiveres Vorgehen in der Anstaltstherapie umgestellt; die dabei gemachten Erfahrungen verwerteten wir[1]) zum Wohle der Kranken, deren Wohl uns anvertraut war. Niemand kümmerte sich weiter um uns. Da passierte mir in Jena, bei der Son-

[1]) Der Plural schließt meine jeweiligen Mitarbeiter ein.

dersitzung der Anstaltsdirektoren, in der Diskussion über ein Thema der Anstaltsverwaltung, ein Lapsus linguae in Form einer etwas drastischen Bemerkung über die in den Anstalten übliche Bettbehandlung, im Gegensatz zur Beschäftigung der Kranken. Es war das gute Recht der Anwesenden, sich gegen diesen Angriff auf liebgewordene Gewöhnungen und Anschauungen zu wehren; ich danke es heute noch der ruhig-konzilianten Sachlichkeit unseres mitanwesenden Kollegen *Neißer*, daß die sich sofort anschließende lebhafte Besprechung von persönlicher Schärfe frei blieb. Für mich blieb die Wahl, entweder „pater peccavi" zu sagen oder Rede zu stehen. Das erste liegt mir nicht; es blieb das zweite. Die verfügbare Zeit bot Gelegenheit, in längerem Stegreif-Vortrag wenigstens die wichtigsten in der gegenwärtigen Arbeit niedergelegten Gedanken vor einem engeren Kreis erfahrener Fachkollegen zu entwickeln. Nachdem die Katze einmal aus dem Sacke entwischt war, wurde es notwendig, auch dem Deutschen Verein für Psychiatrie zu berichten. Das geschah in Innsbruck 1924. Die damalige, sehr ausgedehnte Besprechung war sachlich und höflich, aber von ihrer Lebhaftigkeit gibt der veröffentlichte Bericht[1]) nur einen mäßigen Eindruck. Ihr Grundton war: „Was gut daran ist, ist nicht neu; und was neu ist, ist nicht gut". Der Einzige, der rückhaltlos für mich eintrat, *Braune*-Altscherbitz, war der einzige Diskussionsredner, der Gütersloh aus eigener Anschauung kannte; er war auf Grund meiner Jenaer Mitteilungen einige Tage in G. gewesen. Aber gerade diese scharfe Diskussion hat die ganze Frage ins Rollen gebracht. Hunderte von Fachärzten, darunter wohl die meisten älteren und in leitender Stellung befindlichen, haben persönlich nachgeprüft, was es mit der „aktiveren Krankenbehandlung" eigentlich auf sich hat. Eine ganze Literatur entstand über diesen Gegenstand. Als ich gewahr wurde, was ich angerichtet hatte, habe ich mir oft gesagt: „si tacuisses, philosophus mansisses". Denn ich bin ein ewig gehetzter Mann geworden, der nie mehr fertig wird und sich um seine nächstliegenden Aufgaben, den Lauf der Dinge in der eigenen Anstalt, viel weniger kümmern kann, als ihm lieb ist. Aber denke ich wieder an die vielen Stunden angeregter Aussprache mit interessierten, kritisch-denkenden Fachmännern, an die vielfachen Anregungen zum Nachdenken, die diese Unterhaltungen brachten, so entspricht der Mehrbelastung meines Daseins doch wieder eine große persönliche und berufliche Bereicherung, die ich in meiner Lebensbilanz nicht wieder missen möchte, ganz zu schweigen von den vielen aus diesen

[1]) Allg. Zeitschrift Bd. 81 S. 425.

Besuchen erwachsenen dauerhaften persönlichen und sogar freundschaftlichen Beziehungen zu wertvollen Menschen, Deutschen und Ausländern.

Diesen unseren zahlreichen Besuchern und allen den praktisch tätigen Kollegen, die unseren Anregungen Interesse entgegengebracht haben, sind diese Blätter gewidmet. Nachdem schon so mancherlei über Gütersloh geredet und geschrieben worden ist, ist es geradezu notwendig geworden, auch aus Gütersloh selbst einmal diejenigen Gedanken und Erwägungen bekannt zu geben, welche dem hier üblichen therapeutischen Handeln zugrunde liegen. Es sind die Grundlagen unseres Handelns, ganz unabhängig davon, ob die Gedanken neu oder alt oder uralt sind, und ob andere vor uns ähnlich oder genau so schon gedacht und gehandelt haben. Für keinen der hier ausgesprochenen Gedanken wird eine Originalität oder gar „Priorität" behauptet. Ich habe nie Verständnis dafür gehabt, daß gereifte Männer, die auf eine tüchtige Lebensleistung zurückblicken können, sich vor der Öffentlichkeit darüber streiten können, wer diesen oder jenen Gedanken zuerst „gehabt" oder „angewendet" oder wer ihn zuerst habe drucken lassen. Beim Suchen nach Wahrheit und ganz besonders beim Suchen nach der unseren Kranken nützlichsten Therapie kommt es m. E. gar nicht darauf an, wer einen Gedanken zuerst gehabt oder wer ihn „auch schon" gehabt hat, sondern nur darauf, ob der Gedanke richtig ist, ob er der Wahrheit einen kleinen Schritt näher führt. Wo denkende Männer im Berufe vor gleiche Aufgaben gestellt sind, da werden sie immer auch übereinstimmende Beobachtungen machen; und dann werden leicht auch ihre Gedanken zu übereinstimmenden Schlüssen führen. Wenn wir aber zu den verschiedensten Zeiten, von Hippokrates und Galen und Plato und Konfuzius über Kant und Hufeland, über Pinel und Conolly bis Kraepelin und Bleuler über die wichtigsten Fragen des psychischen Lebens verwandte Gedanken finden, dann ist der Schluß berechtigt, daß gerade diese übereinstimmenden Gedanken verschiedener Zeiten und Menschen — der Wahrheit näher kommen. Denn die Wahrheit ist einzig, unveränderlich, ewig, über Ort und Zeit erhaben; vielgestaltig und dem Wechsel der Mode unterworfen ist nur der Irrtum! Und so vermag ich gerade in mancher an uns in dem Sinne geübten Kritik, daß vieles, vielleicht das meiste an unserem Denken und Handeln gar nicht neu sei, nur eine erfreuliche Bestätigung dafür zu finden, daß wir uns — auf dem richtigen Wege befinden. Wer die psychiatrische und biologische Literatur der letzten 130 Jahre besser beherrscht wie ich, kann uns vielleicht einmal erzählen, wo das alles schon einmal gestanden

hat. Der vielseitig geplagte Anstaltsdirektor hat Mühe genug, wenn er sich auch nur die paar Rosinen in dem dicken Kuchen der jährlichen Fachliteratur nicht entgehen lassen will. Aber ich freue mich jedesmal ehrlich, wenn ich in einem älteren oder neueren Buche verwandte Gedanken finde.

Es ist im Zusammenhang mit der „aktiveren Therapie" einmal ein Hinweis auf die Züricher Schule, insbesondere auf *Bleuler* und *Kläsi*, vermißt worden. Daß hier eine nahe Gedankenverwandtschaft besteht, ist mir längst klar und auch von mir bei den so häufigen Diskussionen über diese Fragen oft ausgesprochen worden. Ich erinnere nur an die Abtrennung der „sekundären Krankheitserscheinungen" aus dem Krankheitsbild der Psychose, auf die auch von Zürich aus mit aller Deutlichkeit verlangte stärkere Verantwortung auch des Geisteskranken, mit der auch die von ebendort ausgehende Forderung der Frühentlassung der Schizophrenen eng zusammenhängt. Aber wer möchte selbst von Gedanken, die er für seine eigensten hält, sagen, woher sie stammen? Ist doch zuletzt all unser Denken nur ein Produkt einer Wechselwirkung zwischen uns und der Umwelt. Mögen die Einzelheiten unseres Denkinhalts stammen woher sie wollen, die Grundlage unserer gesamten Denkeinstellung hat uns doch die Schule, einschließlich der Hochschule, gegeben. Und da möchte ich doch zwei Männer nicht unerwähnt lassen, die die in diesen Blättern niedergelegte Grundeinstellung zu psychologischen und biologischen Fragen vielleicht mehr beeinflußt haben, als die gesamte neuere psychiatrische Literatur zusammen. Es waren die Philosophen Theobald Ziegler und Wilh. Windelband in ihren Vorlesungen über „physiologische Psychologie" bzw. „über Willensfreiheit". Damals (1890) bediente sich die Psychologie noch eines verständlichen Deutsch, und ich finde heute noch, daß besonders die kristallklaren Gedankengänge Windelbands durch seine klassisch-einfache Ausdrucksform nicht beeinträchtigt worden sind[1]).

Nicht die wissenschaftliche und klinische Erkenntnis und nicht ihr Niederschlag in der Fachliteratur gereicht unseren Kranken zum Heile, sondern erst das Gute, das aus diesen Erkenntnissen Gemeingut Aller wird und Gemeingut — bleibt; und auch das nur dann, wenn jeder, der sich mit Therapie zu befassen hat, auch in jedem gegebenen Augenblick daran denkt und — danach handelt.

---

[1]) Jahrelang diente mir die Abschrift des in der Vorlesung angefertigten Stenogramms als Lehrbuch. Erst vor einigen Monaten wurde ich gewahr, daß die Vortragsreihe auch in Buchform (*W. Windelband*, Über Willensfreiheit. Tübingen, Mohr) erschienen ist.

Gegen alte und älteste Weisheiten, die uns so bekannt vorkommen, daß sie schon „außerhalb der Wissenschaft" stehen, die seit Urzeiten, bewußt oder instinktiv, Richtschnur für alle Väter und Mütter waren, die aus primitiv-asozialen Kindern tüchtige Menschen erzogen haben, wird in unseren Anstalten — und auch in der unsrigen — dauernd gesündigt; und das aus dem einfachen Grunde, weil wir — von Anfängern im Fache und von nachgeordnetem Personal ganz abgesehen — an so viele bekannte und selbstverständliche Dinge gerade dann nicht denken, wenn wir sie brauchten. Und das Denken ist ja noch nicht einmal des Lebens Sinn: Wie war es denn immer mit dem Handeln, dem Endziel aller „Aktivität"?

Wenn therapeutische Vorschläge einen Wert für sich beanspruchen wollen, dann dürfen sie sich nicht lediglich unter den ganz bestimmten lokalen und persönlichen Bedingungen einer einzelnen Anstalt bewähren. Was sie wirklich taugen, zeigen erst die Erfahrungen anderer Ärzte und anderer Anstalten. Wohl in die meisten deutschen und auch zahlreiche ausländische Anstalten ist in den letzteren Jahren eine größere „Aktivität" bei der Krankenbehandlung eingekehrt. Über die Ergebnisse haben manche Anstalten in der Fachpresse berichtet [1]); aus sehr zahlreichen anderen Anstalten sind briefliche und mündliche Berichte an mich gelangt. Eine vor einigen Monaten bei allen Anstalten, welche Ärzte zu Studienzwecken nach hier entsandt hatten, veranstaltete Rundfrage brachte ausgefüllte Fragebogen aus 77 deutschen und 7 holländischen Anstalten, welche zusammen 76 000 Kranke beherbergen. Dieses große Material harrt noch der Auswertung, welche demnächst erfolgen soll. So viel läßt sich aber bereits übersehen, daß sich bisher die „größere Aktivität" in der Hauptsache in der Einschränkung der bisher geübten Bettbehandlung und in ihrer Ersetzung durch geregelte Beschäftigung ausgewirkt hat. In verschiedenem Grade und verschieden schnell ist eine „Umstellung" auf die veränderte Betriebsform gelungen (der Ausdruck „Umstellung" ist nicht von mir zuerst gebraucht!). Aber so gut wie ausnahmslos wird der günstige Erfolg auf das ganze Anstaltsbild und auf den Zustand der einzelnen Kranken gerühmt. Übereinstimmend werden genau die gleichen günstigen Wirkungen hervorgehoben, welche nicht nur bei uns immer festgestellt worden sind, sondern welche wir auch bereits in den Berichten aus dem Beginne des vorigen Jahrhunderts finden, und welche auch später wieder aus Altscherbitz (s. *Paetz*, l. c.)

---

[1]) *Thumm* hat die einschlägige Literatur zusammengestellt (Allg. Z. f. Ps. Bd. 89 S. 154 ff.). Von neueren Berichten sei noch erwähnt: *Van der Scheer* (Z. f. ps. Hyg. Bd. 1 S. 161 ff.).

gemeldet worden sind: die größere innere und äußere Ruhe der Kranken, das Zurücktreten der Narrheiten, der Manieren, Stereotypien, das frischere und geordnetere Wesen der Kranken, das Verschwinden der Gewalttätigkeiten. Wenn diese übereinstimmenden Berichte aus Ostpreußen, aus Pommern, aus Baden, Oberbayern und der Rheinpfalz, aus Holland und Sachsen, aus Franken und Hessen und aus Norwegen, aus Schleswig und den verschiedensten anderen Gegenden stammen, dann kann man wahrhaftig nicht mehr sagen, daß an der „auffallenden Ruhe und Ordnung in Gütersloh" etwa der sanfte Volkscharakter der Westfalen oder die günstige Bauweise der Anstalt oder die Möglichkeit, sich ausgerechnet die ruhigen und geordneten Kranken „auszusuchen", schuld sei. Es muß doch auch etwas an der veränderten Krankenbehandlung liegen! Die Ausdrücke, die manche Berichte für die erzielten Erfolge gebrauchen, sind zum Teil sehr stark. So spricht eine Anstalt von der „schlagartigen Umstellung" und dem „dadurch erreichten plötzlichen, märchenhaft anmutenden Erfolg". M. E. sind solche raschen und zielsicher herbeigeführten Erfolge für die Sache selbst viel höher zu bewerten, als wenn wir hier im Laufe von vielleicht 20 Jahren das gleiche erreicht haben.

Aber noch eines klingt durch die verschiedenen Berichte hindurch: die starke Bedeutung des persönlichen Momentes bei dieser Umstellung. Aus naheliegenden Gründen ist das in den erschienenen Veröffentlichungen weniger deutlich erkennbar, als in den persönlicher gehaltenen brieflichen und mündlichen Mitteilungen. Überall, wo sehr auffallende Erfolge der Umstellung schnell sich bemerkbar machten, war dies der einmütigen, überzeugten und kraftvollen Zusammenarbeit aller Beteiligten, vom Direktor bis zum Pflegepersonal, zu danken.

Die Aufgaben, welche eine auf starke Erfolge abzielende Psychotherapie für die Anstaltsärzte mit sich bringt, sind so groß, daß sie nur unter Einsatz der vollen Kraft aller an diesen Aufgaben Beteiligten gelöst werden können; und auch das nur dann, wenn die Kräfte immer in voller Eintracht zusammenwirken. Immer und überall in der Welt vermindern die inneren Widerstände und Reibungen eines Systems dessen nach außen nutzbar werdende Kraft, indem ein Teil der Kräfte in den gegenseitigen Reibungen und Hemmungen nutzlos sich zerreibt. Es ist verhältnismäßig leicht, selbst das unmittelbar in die Tat umzusetzen, was man als richtig erkannt hat. Die großen Schwierigkeiten beginnen erst da, wo man darauf angewiesen ist, das für richtig Erkannte auf andere zu übertragen und deren erfolgreiche Mitarbeit zu erlangen. Hier wird man oft nicht nur mit eingeschränk-

ter Erkenntnisfähigkeit, Regsamkeit und Anpassungsfähigkeit zu kämpfen haben, sondern auch mit inneren und offenen Widerständen. Auch der Psychiater — und nicht nur der junge! — ist nicht so ohne weiteres gefeit gegen die inneren Widerstände, die der biologische Negativismus, die Abwehr der von außen kommenden persönlichen Einwirkungen auf die eigene Lebensbetätigung, in ihm unbewußt oder halbbewußt auslöst. Noch weiter wird das alles erschwert dort, wo wir eine unbequemere, gesteigerte Arbeitsform, höhere Leistungen verlangen müssen und ein Aufgeben des früher in manchen Anstalten so üblichen gemütlichen Trottes, der sich darauf beschränkte, gewisse — möglichst wenig ausgedehnte — Dienststunden zu absolvieren, auch seine „verdammte Schuldigkeit" mehr oder weniger gewissenhaft zu tun, ohne dabei aber das Wichtigste und Größte zu übernehmen: die Verantwortung und den Einsatz der vollen Persönlichkeit für den Erfolg der eigenen Arbeit. Wer in der Psychotherapie das irrende Seelenleben von Menschen wirklich führen und wieder auf festen Weg bringen will, wird schon die ihm anvertrauten Kranken selber dauernd im Auge behalten müssen und kann nicht die Hälfte der „vorgeschriebenen Visiten" von beliebigen Kollegen machen lassen. Auf diese Weise, die wir Älteren wohl alle noch kannten, wird zwar der „Dienst" erfüllt, nicht aber irgendeine psychotherapeutische Aufgabe. Viel mehr noch, als heute in vielen Anstalten üblich, muß der „aktive Therapie" treibende Arzt den ganzen Tag „auf seiner Abteilung liegen" und sich als Seele derselben fühlen, überall beobachtend, beratend, helfend, aufbauend, nötigenfalls Unheil verhütend oder korrigierend.

In der Bedeutung der Persönlichkeit für alle psychische Therapie finden wir auch die Erklärung dafür, daß die Berichte über die erzielten Erfolge so merkwürdig übereinstimmen, gleichviel ob es sich um die Befreiung der Geisteskranken von ihren Ketten und die zielbewußte Durchführung einer Arbeitstherapie (*Pinel*) oder um die entschlossene Durchführung des No-Restraint (*Conolly*) oder um die „koloniale Verpflegung" (*Paetz*) oder um die Bettbehandlung (*Neißer* usw.) handelte. Genau wie heute, so hat auch schon immer ein großer Unterschied in der Art bestanden, wie die Psychiatrie in den einzelnen Anstalten betrieben wurde; in der Berufsübung äußerte sich immer die Wesensart der Ärzte. Die günstigen Erfahrungen werden uns doch immer von solchen Psychiatern berichtet, deren Namen auch sonst einen guten Klang haben; es waren die Männer, die offenen Blicks erkannten, daß der früheren Irrenfürsorge etwas gefehlt hatte, die dann die von außen kommenden Anregungen lebhaft aufnahmen und

ihnen kraftvoll zum Siege verhalfen. Es waren eben die „aktiveren" Naturen unter unseren Fachkollegen. Schon in dem kurzen geschichtlichen Abriß bei *Paetz* ist leicht zu erkennen, wie viele andere Anstalten, vielleicht die meisten, den Anregungen nur lau folgten; es fehlte eben in ihnen die persönliche Kraft, die zur Erreichung höherer Ziele immer nötig ist. Aktivität und Kraft bleiben immer die Grundlage jedes Fortschrittes, ja schon jedes Hochhaltens eines bereits erreichten Fortschrittes. Auch in Anstalten, die unter dem Einfluß einzelner Persönlichkeiten einen hohen Aufschwung genommen hatten, mag manches wieder abgesunken sein, nachdem jene Persönlichkeiten einmal nicht mehr da waren. Das gilt ja nicht nur in der Psychiatrie! (Vgl. Friedrich der Große; Bismarck!) Große Anforderungen hat eine erfolgreiche Irrenfürsorge immer an Ärzte und Pflegepersonal gestellt; nur wurden diese Anforderungen zu allen Zeiten in sehr verschiedenem Maße erfüllt; und danach war auch der Erfolg. Aber auch starke Persönlichkeiten wurden schon immer in ihren Erfolgen beeinträchtigt, wenn ihnen bei ihren Mitarbeitern die nötige Unterstützung fehlte. Ich erinnere an die betrübende Divergenz zwischen *Jacobi*-Siegburg und seinem Oberarzt *Bird* betr. die Beschäftigungstherapie (s. bei *Paetz*).

Ein auffallend großes Interesse hat die „aktivere Krankenbehandlung" bei fast allen deutschen und auch vielen ausländischen Verwaltungsbehörden gefunden, das sich in zahlreichen Besuchen von Kommissionen, Verwaltungs-, Medizinal- und Baubeamten hoher und höchster Behörden aus fast allen deutschen Ländern und Provinzen, auch aus Großstädten, kund gab. U. a. fanden auch Tagungen der Landesdirektoren und der deutschen Anstaltsdezernenten hier statt. Dieses Interesse der maßgebenden Stellen hat auch dazu geführt, daß Hunderten von Anstaltsärzten durch Gewährung der Reisekosten ein kürzerer oder längerer Studienaufenthalt in G. ermöglicht wurde. Ich habe die sich bietende Gelegenheit immer ergriffen, um darauf hinzuweisen, daß bei allen Fragen der Anstaltsfürsorge die Persönlichkeiten es sind, die den Erfolg schaffen müssen, und daß sich insbesondere Änderungen der therapeutischen Grundeinstellung niemals durch Verfügungen und Anordnungen von oben her erzielen lassen, sondern nur durch die persönlichster Überzeugung entspringende Kraftentfaltung der Anstaltsdirektoren und ihrer Ärzte. Wie sich in der Zukunft unsere Anstalten entwickeln werden, ob mehr in der Richtung einer „aktiveren" Fürsorge oder mehr in der Richtung eines Zurücksinkens in ein gemütliches Laisser-aller, das wird eng zusammenhängen mit der Lösung, die die heute so brennende Frage unseres Ärzte-

Nachwuchses finden wird. Was aber eine Verwaltung und was der einzelne Anstaltsdirektor in der Anstalt wirklich erreichen kann, wird immer im geraden Verhältnis stehen zu den verfügbaren und sich zur Verfügung stellenden Kräften, aber im umgekehrten Verhältnis zu der zu bewältigenden Aufgabe und den dabei zu überwindenden Widerständen sachlicher und ganz besonders denen persönlicher Art: Befriedigendes kann nur erzielen, wer nach dem Erreichbaren strebt. Oder sollte es besser heißen: „Nur wer dem unerreichbaren Ideal nachstrebt, kann das Mögliche erreichen"? Vielleicht ist auch zu diesen beiden Stätzen die Einstellung individuell verschieden.

Eine sehr wichtige Aufgabe bei der Durchführung einer aktiven Therapie fällt dem Pflegepersonal zu. Diese Aufgabe stellt an Aufmerksamkeit, Pflichttreue, Umsicht, geistige Regsamkeit, Besonnenheit und auch an die Intelligenz des Personals zweifellos sehr viel höhere Anforderungen als die früher üblichen, mehr abwartenden, Behandlungsformen. Dauernd soll an den Kranken gearbeitet werden; nur kurze Zeit steht aber die Persönlichkeit des Arztes für den einzelnen Kranken zur Verfügung; den größten Teil des Tages muß die therapeutische Arbeit nach den Anweisungen des Arztes vom Personal geleistet werden; und von diesem hängt so die psychische Entwicklung, die der Kranke nimmt, in hohem Maße ab. In der psychischen Therapie kann ein ungeschickter, verständnisloser Pfleger in wenigen Tagen alles wieder zu Schanden machen, was vorher in wochenlanger aufopfernder Arbeit erreicht worden war. Nur ein Teil unseres Personals ist nach Begabung, Regsamkeit, Aufmerksamkeit dieser hohen Aufgabe gewachsen; besonders beim männlichen Personal läßt hier das Verständnis vielfach noch sehr zu wünschen übrig. Kein Pfleger kann auf seine Kranken eine geistige Regsamkeit übertragen, die ihm selber fehlt; keiner kann das Geistesleben der Kranken zielbewußt nach der gesunden Richtung hindrängen, dem für dieses Geistesleben alle Begriffe fehlen. Viele Lücken können und müssen in dieser Beziehung weniger fühlbar gemacht werden durch die stetige Unterweisung und geistige Mitarbeit des Arztes. Das Personal wird im allgemeinen den Geist atmen, der ihm von oben, von Direktor und Arzt eingehaucht wird. Höhere Pflichten und höhere Leistungen widerstreben aber im Grunde der „Freiheit", wie sie heute so häufig verstanden wird. Bei der Übertragung eines auf höhere Leistung eingestellten Geistes nach unten hin wird also notwendig allerlei verlorengehen. Deshalb muß vom Arzte und noch mehr vom Direktor ein Überschuß von Belebung, Anregung und Forderungen in die Krankenabteilungen hineingehen, wenn ein befriedigender Erfolg erzielt werden soll.

Aller Unterricht kann aber nur vorhandene Begabungen entwickeln, niemals fehlende neu schaffen. Die dringend notwendige Hebung in der Leistungsfähigkeit unseres Personals läßt sich deshalb nicht durch vermehrten Unterricht allein, sondern nur durch vorsichtige Auswahl bei der Anstellung und durch Ausscheidung der weniger Geeigneten während der Ausbildungszeit erzielen. Und da kommt es doch neben der intellektuellen Begabung und Regsamkeit auch noch auf die Grundeigenschaften des Charakters an. Denn oft genug sind unsere brauchbarsten Pfleger und Pflegerinnen nicht die, die im Unterricht immer alles am schnellsten lernen und mit dem Munde und der Feder sehr gewandt sind, sondern diejenigen, die mit angeborener Treue an ihrem Berufe und an ihren Pflichten hängen, nicht immer andere Dinge im Kopfe haben und auf die man sich zu jeder Zeit verlassen kann. Von den meisten Anstalten, welche sich auf eine aktivere Krankenbehandlung eingestellt haben, wird übrigens ausdrücklich hervorgehoben, daß das Pflegepersonal im großen und ganzen nach Kräften dabei mitwirkt, besonders nachdem es aus eigener Erfahrung weiß, daß die eintretende Ruhe, Ordnung und Behaglichkeit, der fast völlige Fortfall der Gewaltszenen, das freundlichere Verhalten der Kranken den Dienst doch wieder in vieler Beziehung angenehmer und erfreulicher gestalten, als man es früher gewohnt war.

So sehen wir für alle an einer „aktiveren" Krankenbehandlung Beteiligten die Aufgaben und mit ihnen die Mühe und den persönlichen Einsatz wachsen; auf der anderen Seite der Bilanz aber auch wieder die Erfolgsmöglichkeiten größer werden. Wenn es richtig ist, daß der Mann das wert ist, was er leistet, dann kann die aktivere berufliche Betätigung das Ansehen des Psychiaters und seine Selbsteinschätzung nur heben. Überblicke ich in meinem eigenen Erleben die letzten Jahrzehnte, so hat sich die Gesamteinstellung zum Berufe sehr geändert: der trostlose, deprimierende Nihilismus, der sich notwendig aus der Machtlosigkeit gegen so viele schwere und abstoßende Krankheitszustände ergab, ist geschwunden und hat einem früher ungewohnten Vertrauen zu unserer ärztlichen Kunst Platz gemacht. Wissen wir doch heute, daß — unbeschadet des Weiterbestehens der Gehirnerkrankungen selbst — das, was aus unseren Kranken wird, zum erheblichen Teil unser Werk ist, und daß wir selbst die schwersten psychischen Krankheitszustände mit einer gewissen Sicherheit meistern können. Und auch die daraus sich ergebende sehr gewachsene Verantwortung ist kein Nachteil; aber der Psychiater darf sie nie vergessen: Keine

andere Art von Kranken ist dem Arzte so in die Hand gegeben, wie der Geisteskranke in der Heilanstalt Andere Kranke verfolgen selbst die Behandlung und deren Erfolg; sie gehen zu einem anderen Arzte, wenn sie nicht zufrieden sind. Der Irrenarzt muß nicht nur meist für das dem Kranken fehlende selbständige geordnete Denken und Wollen mit seinem Ermessen einspringen, sondern er hat in der geschlossenen Anstalt wie kein anderer Arzt die Macht, die Umweltfaktoren, die auf seine Kranken einwirken, zu bestimmen, ohne daß der Kranke sich der vom Arzte geleiteten Umwelt entziehen kann. Und auch in dieser erhöhten Verantwortung wirkt sich wieder die Bedeutung der Persönlichkeit aus.

Man spricht hin und wieder von einem „Gütersloher System“ oder hat gar die „aktivere Krankenbehandlung“ mit meinem Namen in feste Verbindung gebracht. Gegen beide Benennungen muß ich in aller Deutlichkeit Stellung nehmen; denn es gibt beide nicht und kann es gar nicht geben. In der Therapie sind noch immer alle „Systeme“ vom Übel gewesen, weil sie knöchern, starr, tot sind. Was uns in der Psychotherapie not tut, ist im Gegenteil die Beweglichkeit, die Lebendigkeit, die stete Anpassung an die dauernd wechselnden individuellen Bedürfnisse, also gerade das Freiwerden von jedem System. Not tut uns die Heranziehung aller therapeutischen Möglichkeiten, gleichviel von wem und aus welcher Zeit sie stammen. Selbst die technische Organisation, die wir uns hier für die Krankenbehandlung, besonders für die Beschäftigung, geschaffen haben, ist lediglich ein vielleicht ganz zweckmäßiger äußerer Rahmen, der aber das Wesen der Sache kaum berührt, und den man sicher ohne Nachteil auch anders gestalten könnte. Den Heilwert der Arbeitsleistung aber entdeckt zu haben, kann kein lebender Psychiater sich rühmen. Und nun die „Aktivität“: Auch sie ist nicht meine Erfindung. Seit es eine Menschheitsgeschichte gibt, hat der Aktivere mehr erreicht und fertiggebracht, wie der Langsame, der Passivere, der den Dingen mehr oder weniger ihren Lauf ließ. Auch das haben denkende Menschen längst gewußt und hundertmal gesagt. Aber wie der Erfolg zeigt, hat es doch der Geisteskrankenfürsorge nichts geschadet, daß es zum 101. Male wiederholt worden ist. Offenbar war es nötig.

Manche Kollegen haben sich dagegen gewehrt, daß sie sich irgendwie in ihrem therapeutischen Tun „umgestellt“ hätten. Sie hätten schon immer nach den gleichen Grundsätzen gearbeitet wie wir jetzt. Es hat immer, und in gar nicht so geringer Zahl, unter den Anstalts-

ärzten aktive, regsame Persönlichkeiten gegeben, welche gerade durch ihre Aktivität die Krankenbehandlung in ihren Anstalten auf bemerkenswerter Höhe hielten und gerade auch auf die Beschäftigung der Kranken den ihr gebührenden Wert legten. Die Anstalten, in denen ich meine Lehrzeit durchmachen durfte, konnten in dieser Beziehung sicher jeden Vergleich aushalten. Und trotzdem habe ich nachher eine allmähliche, aber sehr deutliche „Umstellung" erlebt. deren Wesen nicht in der verstärkten Krankenbeschäftigung liegt, auch nicht in der Verminderung des Arzneiverbrauchs und aller Zwangsmaßnahmen, sondern in der veränderten Grundeinstellung zur Geisteskrankheit und zum Geisteskranken: Sie liegt darin, daß wir im Kranken nicht mehr in erster Linie das Kranke, das Fehlende, das Abhandengekommene, suchen, sondern den noch gebliebenen Rest des gesunden Menschen, seine noch gesunden Kräfte und Fähigkeiten, und daß wir versuchen, diesen Rest wieder mit den Notwendigkeiten des Daseins in Einklang zu setzen; daß wir auch ihm wieder Pflichten zuweisen; und zwar nicht Pflichten, die wir etwa willkürlich konstruierten, sondern die sich ganz unmittelbar aus den Rechten und Ansprüchen ergeben, die der Kranke selbst ans Leben stellt. Denn das Leben hat keine logischen Ansprüche, die es sich nicht selbst dauernd erwirbt und erkämpft. Das Wesen der Umstellung liegt darin, daß wir den Satz: „Irre sind für ihr Tun und Lassen nicht verantwortlich" in dieser Allgemeinheit grundsätzlich und aufs bestimmteste ablehnen; und zwar im Interesse der Kranken selbst. Die Selbstverantwortung für das eigene Schicksal ist das höchste Gut, das das Lebewesen (nicht nur der Mensch; gerade er hat dieses Gut am meisten von allen Lebewesen fortgeworfen, zu seinem eigenen Unheil!) besitzt; ihr verdankt es sein Dasein, seine Kraft und seine Fähigkeiten. Die Verantwortung für das eigene Schicksal ist ja nichts anderes, als der unmittelbare Ausfluß des Kausalitätsgesetzes, des Gesetzes vom unlösbaren Zusammenhang von Ursache und Wirkung, den keine Menschenmacht ausschalten kann. Wirkt sich doch in dieser Folgerichtigkeit der ewige „Logos", die göttliche Weisheit aus, die in einer uns unfaßbaren Größe, Einheitlichkeit und Macht das Weltall beherrscht, und die auch für das gesunde und kranke Seelenleben des Menschen auf dem Stäubchen „Erde" keine Ausnahmen kennt.

Die Psychiatrie und die Armen in Würzburg. — Und der Bischof Julius. — Und das jüngste Gericht.

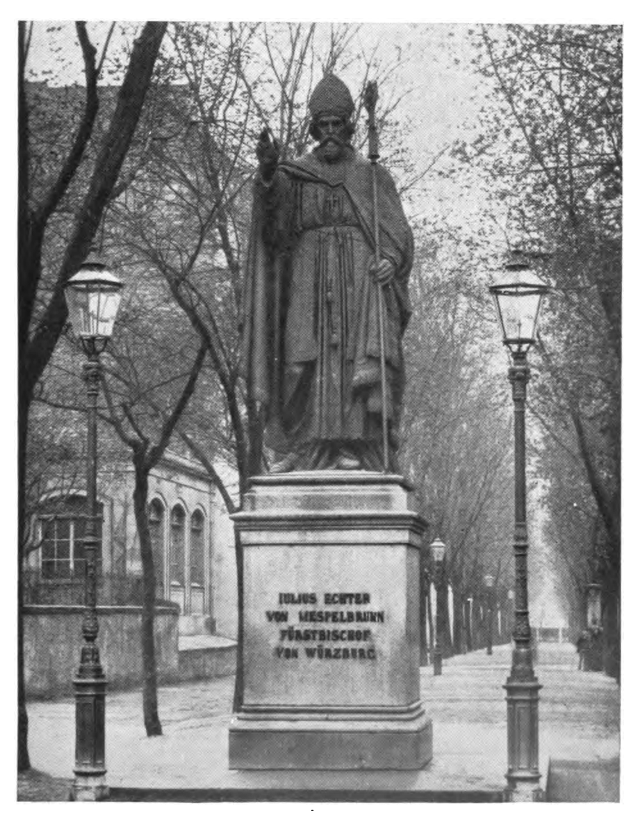
Von

Konrad Rieger, Professor emeritus der Psychiatrie in Würzburg.

Mit 1 Abbildung auf Tafel II.

Im April 1928 war die Psychiater-Versammlung, welche zehn Jahre vorher in der Stadt Würzburg selbst gewesen war, in der Stadt Kissingen des Würzburger Landes. Fünfzig Jahre vor dem April 1928, im Frühjahr 1878, war ich mit *Emil Kraepelin* in Würzburg zusammen an der psychiatrischen Klinik bei Rinecker. Er hatte mich zu Neujahr 1878 in die Würzburger Psychiatrie eingeführt. Er war zehn Monate jünger als ich, aber an Neujahr 1878 mit einundzwanzig Jahren schon seit einigen Monaten einziger Assistent der psychiatrischen Klinik im Julius-Spital. Erst nach Neujahr 1878 machte er dann seine Approbationsprüfung, und um diese Zeit wurde ich sein Koassistent. Als er im März 1878 mit seinem Examen fertig war, strebte er weiter und ersah mich zu seinem Nachfolger. Am 1. Juli 1878 war er Assistent bei Gudden in München, und ich sein Nachfolger in Würzburg; wir waren also ein halbes Jahr beisammen gewesen. Wir zogen viel im Land herum; und der plattdeutsche Mecklenburger lehrte den Schwaben die Sprache der fränkischen Bauern, die er mit seinem großen mimischen Talent in wenigen Monaten von Kranken und Angehörigen und sonstigem Volk flott gelernt hatte. — Er hatte auch schon energische Pläne für die Zukunft der psychiatrischen Wissenschaft. Und ich habe nicht übertrieben, wenn ich im April 1918 in Würzburg vor seinen Ohren verkündete, er habe schon im Jahr 1878 die Gedanken an die künftige Forschungs-Anstalt im Kopf gehabt. —

Viel beschäftigte uns aber auch das, was uns am Nächsten lag, nämlich das Julius-Spital, seine Gegenwart und seine Zukunft. Wir hatten großen Respekt vor der gewaltigen Stiftung des Bischofs Julius, die kurz zuvor, im Jahr 1876, ihr dreihundertjähriges Jubiläum gefeiert hatte. Und besonders imponierte uns die große Zahl von völligen Freiplätzen: einerseits für vorübergehende Kranke, anderer-



Aus der photographischen Anstalt von Leo Gundermann.
(Würzburg, Bahnhofstraße 3.)

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 90 Tafel II.
Zu „Rieger, Die Psychiatrie und die Armen in Würzburg. — Und der Bischof Julius. — Und das jüngste Gericht."

Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10.

seits für lebenslängliche Pfründner: Greise, Geisteskranke, Epileptische. Das war etwas ganz Apartes und höchst Wohltätiges. Aber freilich: die Räume waren im wesentlichen nicht viel besser als dreihundert Jahre früher. Und das konnte eben nicht so weiter gehen; besonders mit den Räumen für die Psychiatrie. Ich habe im Sommer 1878, beim Abschied von *Kraepelin*, ein ahnungsvolles Gefühl gehabt, so jung ich auch noch war: daß in diesem Punkt mein Schicksal mir vieles auferlegen werde. — Und so ist es auch gekommen. *Kraepelin* nahm seinen Flug durch die Welt und lernte ebenso schnell bayrisch, wie er fränkisch gelernt hatte, und dann sächsisch in Leipzig und Dresden; und schlesisch in Leubus; und baltisch und russisch in Dorpat, und pfälzisch in Heidelberg; und italienisch am Lago maggiore; und schließlich auf seinen großen Reisen auch noch Amerikanisches und Asiatisches und Afrikanisches. Ich aber blieb seit fünfzig Jahren hängen an der Stiftung des Bischofs Julius. Und so berichte ich jetzt auch darüber im Rückblick auf das halbe Jahrhundert.

Die Psychiater, welche im April 1928 in dem „Weltbad" Kissingen Eindrücke von Opulenz bekommen haben, mache ich darauf aufmerksam, daß um diese Opulenz herum in den Dörfern der Rhön große Armut ist. Armut ist auch sonst viel in dem Würzburgischen Land. Für deren Linderung hatte früher die Stiftung des Bischofs Julius in feiner und vornehmer Weise gesorgt. Dies ist jetzt ganz anders geworden; und die schlimme Veränderung berührt auch die Psychiatrie des Würzburgischen Landes sehr. Diese Wendung zum Schlimmen habe ich bis zum Frühjahr 1920 in ausführlichen Aufsätzen und Büchern verfolgt. Ich hatte schon im Jahr 1883 begonnen mit Veröffentlichungen, in welchen ich allmählich alles behandelt habe, was in Betracht zu ziehen war. Es waren diese, in chronologischer Reihenfolge:

1. Über die Irrenabteilung des Julius-Spitals und die Verhältnisse der Geisteskranken in Unterfranken überhaupt. (Zeitschrift für Psychiatrie 39, 577, 1883.
2. Die gefährlichen Epileptiker. Zeitschrift für Psychiatrie 41, 670, 1884.
3. Über Epileptiker-Anstalten. Irrenfreund von Brosius 1885.
4. Erster Bericht aus der psychiatrischen Klinik in Würzburg. (Verhandlungen der physikalisch-medizinischen Gesellschaft in Würzburg **27.** 57 — **29.** 77 — **30.** 1 — **31.** 123).
5. Festschrift zur Feier des 50 jährigen Bestehens der Anstalt Werneck. (Jena, Fischer, 1905.)
6. Vierter Bericht aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg. (Würzburg, Kabitzsch, 1912.)
7. Aus dem Julius-Spital und der ältesten psychiatrischen Klinik. (Festbuch: Hundert Jahre bayrisch. Würzburg, Stürtz, 1914.)

8. Die Julius-Universität und das Julius-Spital. (Würzburg, Kabitzsch, 1916.)

9. Der dreihundertjährige Todestag des Bischofs Julius und Leben? oder Tod? seiner beiden großen Stiftungen. (Würzburg, Kabitzsch, 1920.)

Im Folgenden werde ich immer nach den vorstehenden Nummern zitieren.

In den Jahren seit 1920 habe ich mir Schweigen auferlegt in Bezug auf Gedrucktes. Die Zeit war zu unruhig. Eine ruhige Betrachtung der alten Stiftung und ihrer Zerstörung in unseren Tagen war unmöglich. Jetzt halte ich es aber für zeitgemäß, daß ich darauf wieder lenke die Aufmerksamkeit besonders der psychiatrischen Kollegen. In diesen grünen Heften hat in dem Band 77 (Literaturheft S. 3) Herr Kollege *Siemens* anläßlich meiner Nummer 9 dieses geschrieben:

Rieger setzt den Kampf um die Würzburger Stiftungen mit unverminderter Zähigkeit fort. Hat er auch keine Aussicht, alles zu erreichen, was seinem hochsinnigen Rechtsgefühl entspricht, so hat er doch einiges erreicht, und wäre es nur die Anerkennung von oft sehr wertvoller Seite für sein unentwegtes Eintreten für die Wohlfahrt seiner Pflegebefohlenen (vgl. auch Kunstwart, Heft vom 1. Oktober 1920, S. 58, der eine sehr wohlwollende Besprechung bringt). Es wird nicht häufig sein heute, daß Stiftungen zur Zeit eines 300 jährigen Gedenktags noch lebensfähig genug sind, ihrer ursprünglichen Bestimmung nach zu funktionieren. Dem Julius-Spital ist es im großen ganzen doch beschieden, wenn auch Einflüsse sich bemerkbar machen, die den Sinn der Stiftung zu zermürben drohen. Eine bemerkenswerte Ausnahme ist es jedenfalls, daß ein derart unermüdlicher Verfechter ihrer Integrität sich noch findet, wie es *Rieger* ist.

Der Mediziner Siemens hatte also auch das gelesen, was in dem Kunstwart über mich stand, obgleich diese Zeitschrift doch weit abliegt von der Medizin. Mir ist es mit diesem Artikel des Kunstwarts so gegangen: Ich hätte nichts von ihm erfahren ohne den reinen Zufall, daß ein Beamter unserer Universitäts-Bibliothek mir davon Mitteilung gemacht hat. Mir war die Zeitschrift völlig fremd. Und es hat mir auch niemand den Artikel zugeschickt. Als ich ihn, nach der Mitteilung aus der Bibliothek, von dieser hatte kommen lassen, war ich sehr erstaunt über ihn. Seine Überschrift lautet: „Ein denkwürdiges Buch". Der Verfasser hat das Buch nicht blos durch das „denkwürdig" belobt. Sondern er hat auch in seinem ganzen Artikel ihm eine prinzipielle Bedeutung zugesprochen nicht blos für Würzburg sondern für alle Orte. Von mir persönlich sagt er am Schluß dieses:

Das Buch ist der ungetrübte Spiegel eines Mannes, der mit seiner Ruhe und Würde, seiner gelassenen Heiterkeit und sachlichen Kampfbereitschaft, seiner sturmfesten Menschlichkeit und arbeitsamen Lebensfreude zuweilen „unheimlich", zuletzt aber herzbezwingend wirkt.

Bei diesem „Spiegel" meiner Person ist es mir nun eigentlich

auch „unheimlich“ geworden und auch bei diesem Schlußwort des anonymen Verfassers:

Ein menschgewordener Trost für alle entmutigten Stürmer und Dränger und ein Vorbild für alle Strohfeuernaturen.

Das soll also wohl heißen: ich sei ein Vorbild in dem Sinne, daß bloße „Strohfeuernaturen“ aufhören sollen, solche zu sein.

Und etwas unheimlich ist mir auch dieser Satz über mein Buch:

Es ist eine einzigartige, herzbrechend anschauliche Darstellung des Wesens der Verwaltung, insofern diese Sache vieler Instanzen ist.

Jedenfalls habe ich nichts bemerken können von „herzbrechenden“ Wirkungen auf die Würzburger „Verwaltungen“. — Der Verfasser sagt, von der „Verwaltung“ im Allgemeinen, des Weiteren dieses:

sie ist eine unentrinnbar uns Menschen immer dichter umstrickende Organisation, die seltsamerweise die wenigsten kennen.

Dies ist mir nun auch so „unheimlich“, daß ich es nicht recht verstehen kann. Einerseits hat es mich ja vor acht Jahren, als ich den Artikel aus unserer Bibliothek bekam, gefreut: daß er mein Buch von so hoch prinzipiellem Standpunkt aus gelobt hat. Aber das Wesentliche in dem vorliegenden Fall ist doch einfach dieses: die alten Bestimmungen des Stifters werden verletzt, weil die einen sie verletzen wollen, und die anderen ihnen darin den Lauf lassen.

In dem Artikel des Kunstwart vom Oktober 1920 steht auch dieses: „ein ordentlicher Professor der Philosophie hat das Buch eingehend besprochen“. Dies bezieht sich auf einen Artikel über das Buch von Professor *Paul Hensel* in Erlangen im ersten Morgenblatt der Frankfurter Zeitung vom 10. Februar 1920. Diesen Artikel habe ich vollständig abgedruckt in meiner obigen Nr. 9 auf den Seiten V bis X. Auch dort steht vieles von prinzipieller Wichtigkeit. Und alles dieses ist also in meinem Buch (Nr. 9) bequem zugänglich. —

Ich komme nun zurück auf den wichtigen Satz des Herrn Kollegen *Siemens* (oben S. 3) von der bemerkenswerten und seltenen Erhaltung der Tradition durch die Jahrhunderte hindurch. Das muß man in genaue Verbindung bringen damit, daß der Bischof Julius in seinem Stiftungsbrief vom Jahr 1579 scharfe Drohungen ausgesprochen hat gegen jede Veränderung seiner Stiftung. Die genaue Kenntnis dieses Dokuments ist sehr erleichtert durch dieses: Im Jahr 1908 hat der damalige Rektor der Universität, der Professor der Anatomie *Philipp Stöhr*, den Stiftungsbrief abdrucken lassen als Anhang zu seiner Rektoratsrede: „Die Beziehungen zwischen Universität und Julius-Spital“ — Der Stiftungsbrief ist dort abgedruckt in vorzüglicher Typographie, kontrolliert von einem Würzburger Archivar, genau parallel: links genau wie die Urschrift des Jahres 1579, rechts genau übersetzt in

Schrift und Sprache des Jahres 1908. Bequemer konnte man es einem nicht machen. Und doch habe ich mich in den zwei Jahrzehnten seither oft davon überzeugen müssen: trotz dieser größten Bequemlichkeit hat keiner von denen es gelesen, die es anging. Und es handelt sich doch vor allem darum, daß die scharfen Bestimmungen des Bischofs Julius wieder in das Bewußtsein der Gegenwart kommen. Ich drucke sie deshalb auch hier genau und sorgfältig ab:

Wir getrösten und versehen uns zu einem ehrwürdigen Domkapitel und auch unsern Nachfolgern, und wir wollen dieselben bei Gott und seiner, uns Menschen zugewandten, unaussprechlichen Liebe und Barmherzigkeit hiermit gebeten haben: sie wollen dieses unser Vornehmen und gemachte wohlgemeinte Verordnung nicht allein mit bestem und getreuem Fleiß handhaben und aufrecht halten, sondern auch nach Vermögen mehren und bessern und ja an dieser unserer Stiftung nichts ändern und umkehren; falls sie aber je etwas anderes oder neues anzurichten gewillt sein würden, so wollen sie das anderen und nicht dieses Orts vornehmen und anstellen. Denn also werden sie nicht allein ihnen selbst zum Ruhm und den Armen zum Trost wohl und nützlich handeln, sondern auch vor Gott, der keine Guttat unbelohnt läßt und bei dem das Gebet der Armen viel vermag, sich und gemeinem Lande mehr Segen, Gedeihen und Wohlfahrt sowohl in zeitlicher als ewiger Hinsicht unzweifelhaft erwerben. —

Würde aber solche unsere, Gott zu Ehren und seinen Armen auf dieser Welt, unseren Mitbrüdern in Christo, zum Trost wohlgemeinte, treuherzige Stiftung und Anordnung nicht allein, wie billig, nicht gehandhabt sondern aus Unachtsamkeit verwahrlost oder aber mit Vorsatz zu anderem Zwecke verwendet, so mögen diejenigen, die aus ungebührlicher Einwilligung oder Nachsicht das angehen lassen oder in irgend einer Weise dazu behilflich erscheinen, dessen wohl sicher sein, daß ihnen alle Strafen und Plagen, die denjenigen, die sich der Armen nicht annehmen und Gott in diesen seinen Gliedern verachten, angedroht sind, in dieser und jener Welt nicht ausbleiben werden. Und wollen wir nicht allein vor Gott und der Welt bezeugt haben, daß wir alsdann an solchem ihrem Unheil gar nicht schuldig sind, sondern sie auch selbst an dem letzten Tage vor dem Richterstuhl Gottes als Veränderer unserer Stiftung und Schmälerer der Ehre Gottes und Hilfe der Armen, die wir allein dabei gesucht haben, ernstlich verklagen.

Dies sind so scharfe Drohungen, daß man sie kaum schärfer denken kann. Und diese hatten auch durch Jahrhunderte stark gewirkt in dem Sinne, wie der Herr Kollege *Siemens* hervorgehoben hat. (Siehe oben Seite 3). Man hat eben früher diese Drohungen immer sehr ernst genommen und auf alle Bestimmungen genau geachtet. Dies gilt auch von der nachdrücklichen Bestimmung, daß in das Spital nur aufgenommen werden dürfen: Arme; dagegen niemand gegen Zahlung. Bischof Julius war in diesem Punkt sehr kategorisch und radikal. Er sagte einfach: „Die Erfahrung hat vieler Orten genügsam zu erkennen gegeben und tut es noch heutzutage, daß, indem bei den Spitälern dergleichen Einkauf, Gunst und Förderung gelten, der Kranke durch den Gesunden ausgetrieben, **der Dürftige durch den Vermögenden gehindert,** der in höherem Grade Bedürftige **um der zudringlichen Besitzenden** willen in Vergessenheit gesetzt wird.

In dem Spital soll nichts anderes gesucht, vermeint und verstanden werden, als wie die **armen,** bresthaften und dürftigen Menschen Ergötzlichkeit und Erquickung haben mögen. —“

Bischof Julius hat das Spital bestimmt für diese Personen:

Erstens: die alten, schwachen und schadhaften Manns- und Weibspersonen aus der Stadt Würzburg oder dem Würzburger Land gebürtig, oder die sich darin gehalten und ihre Nahrung mit Ehren gesucht, aber ihrer Schwachheit und Leibesschäden halber mit Arbeit nichts mehr erwerben können. Diese sollen in dem Spital ihren Unterhalt und Pflege haben, bis sie von ihrer Krankheit und Leibesschaden wiederum dermaßen genesen und heil werden, daß sie arbeiten und ihr Brot selbst gewinnen mögen, auch alsdann und eher nicht aus unserem Spital geschafft werden.

Das heißt also: falls sie nicht mehr gesund und arbeitsfähig werden, sollen diese Invaliden auf die Dauer in dem Spital bleiben.

Zweitens: die verlassenen Waisen in dieser Stadt und unserem Stift beheimatet oder doch solcher Leute Kinder, die sich frömmlich und ehrlich gehalten und mit treuer Arbeit ernährt gehabt, Knaben und Mädchen und besonders die Knaben, sollen bis zur Schule oder Handwerk, wohin ihres jedes geneigt ist und Lust trägt, unterzubringen tauglich sind, die Mädchen aber bis sie andere ehrliche Leute zum Dienst gebrauchen oder, wenn sie wollen, zum geistlichen Stand ziehen können, erzogen und unterhalten, und gleichwohl der Knaben oder Mägdlein keines über zehn Jahre lang in unserem Spital gelassen werden.

Das Wesentliche ist also: immer nur Arme! immer nur Arbeitsunfähige! Erwachsene invalid und unfähig zur Arbeit entweder wegen Alters oder wegen Krankheit. Kinder, solange sie selbst noch nichts verdienen können. —

Von den Kranken sollen alle Kategorien aufgenommen werden, **wofern sie arm sind.** Und so sind von Anfang an auch immer viele psychiatrische Fälle aufgenommen worden.

Und nun handelt es sich also um die Frage: wie steht es jetzt mit der Befolgung des Stiftungsbriefs? wie wirken noch die Drohungen des Jahres 1579? Was mir am nächsten liegt, das Psychiatrische, kommt nachher daran. Zuerst will ich die Kinder betrachten.

Den Verwaltern seiner Stiftung hat also Bischof Julius ganz besonders zur Pflicht gemacht die Fürsorge für Kinder und Waisen. Jetzt geschieht für diese dort gar nichts mehr, wie es überhaupt ein schrecklicher Zustand ist, daß in dem ganzen Würzburgischen Land nirgends mehr ein Waisenhaus ist. Im Jahre 1922 hat man das Waisenhaus in Würzburg plötzlich aufgehoben und in seine Räume angehende Kleriker versetzt. In dem Land, in welchem nicht nur der Bischof Julius sondern auch seine Nachfolger, vor allem der berühmte Staatsmann Johann Philipp von Schönborn, Kurfürst von Mainz und Fürstbischof von Worms und Würzburg (1642—1673), ganz besonders für die Waisen gesorgt haben, ist jetzt überhaupt kein Waisenhaus mehr. Wenn fürstlicher Besuch nach Würzburg kam, so war es des berühmten Kurfürsten größte Freude, sie zu führen zu seinen Einrichtungen für die Waisen, auf die er stolz war als auf einen seiner schönsten Ruhmestitel. Und in unseren Tagen ist dies jetzt alles zerstört. In den Würzburger Zeitungen kam im Jahre 1922 ein klein wenig Protest, z. B. in der bayrischen Landeszeitung vom 13. Mai 1922 dieses:

> Der große Julius hat sein Julius-Spital auch zu einem Waisenhaus bestimmt. Später hat das Julius-Spital seine stiftungsgemäße Verpflichtung, Waisenkinder aufzunehmen, gegen ein geringes Entgeld abgelöst an das seitherige Waisenhaus. Wenn nun aber dieses eingeht, so sollte man die Waisen wieder in das Julius-Spital aufnehmen, in welchem viel Platz vorhanden ist. —

Diese Darlegung entsprach ganz dem, was in meinem Buch (N. 8) ausführlich auseinander gesetzt ist. Der, leider anonyme, Verfasser zitiert mein Buch zwar nicht, hat aber offenbar daraus geschöpft. Außer mir hatte sich auch um die Waisen Niemand mehr gekümmert mit Ausnahme des Würzburger Professors der Philosophie, Remigius Stölzle, der sich besonders beschäftigt hat mit der Geschichte der Pädagogik und aus diesem Studium heraus das Buch geschrieben hat: Erziehungs- und Unterrichts-Anstalten im Julius-Spital in Würzburg (München. Beck 1914). Weil in meinen Büchern vieles stand darüber, daß auch in diesen Stücken der Stiftungsbrief schwer verletzt worden ist, so hat er mir am 8. September 1920 dieses geschrieben:

> Ihr Kampf für die ursprüngliche Idee von Julius wird immer ein ruhmvolles Denkmal Ihres unbeugsamen Sinnes für Recht und Ihres unerschrockenen Freimuts bleiben. Recht muß Recht bleiben.

Leider ist er bald darauf gestorben.

Und seither hat, außer mir, auch um die Waisen niemand mehr sich gekümmert. Das Julius-Spital sorgt, ganz entgegen dem Willen des Stifters Julius, nicht mehr für Waisen und arme Kinder. Und die Räume, welche reichlich zur Verfügung stünden, sind nicht benützt für Arme und Waisen, sondern für zahlende Kranke, deren Aufnahme Bischof Julius streng verboten hat.

In meinen Schriften (oben Seite 312: N. 8 und 9) habe ich alles Einschlägige genau auseinandergesetzt. Wer sich für die Einzelheiten interessiert, kann diesen Schriften, die im Buchhandel erschienen sind, alles entnehmen. — Aber bis jetzt hat Niemand, den dieser Appell direkt anging, ihn beachtet. Ich hatte ihn noch besonders gestützt mit dem Abdruck von Zuschriften der damaligen Chirurgen des Spitals: *Lobenhoffer* und von *Redwitz*, die sich für meine Gedanken interessierten wegen der chirurgischen Tuberkulose. Aber diejenigen, welche die Pflicht gehabt hätten, daß sie die Verwalter der Stiftung anhielten zu der Befolgung des Stiftungsbriefs in bezug auf die Kinder, taten, wie immer, wieder gar nichts. Ich habe auf den Seiten 7 u. 31 und 32 von N. 9 nachdrücklich hingewiesen darauf, daß die Stiftung, welche vor 350 Jahren für die armen Kinder des Würzburgischen Landes gemacht worden ist, in unseren Tagen vor allem darauf bedacht sein sollte, daß sie mit den pekuniären Mitteln der alten Stiftung jetzt für die Kinder das leiste, was die Hygiene und Therapie unserer Zeit bietet an Hilfe für tuberkulöse, rachitische und analoge Zustände von Kindern. Das wäre eine Modernisierung für die armen Kinder im Sinne der gebotenen Fürsorge für die Armen. Ich habe im Jahre 1920 den Verwaltern der Stiftung nochmals genau dargelegt, daß sie die Pflicht haben, auf einem ihrer vielen Äcker in sonniger südlicher Höhenlage nach dem Gebot des Stifters eine Heilstätte zu errichten „für die Kinder dieses Landes". Sie haben aber in dieser Richtung gar nichts getan und auch damit den Stiftungsbrief so stark verletzt, als es nur möglich war.

Und die Präsidenten und Direktoren und Räte, welche über die Erfüllung der Pflichten gegen die Kinder der Armen wachen sollten, kümmern sich darum gar nicht, beteiligen sich aber an Betteleien für pädiatrische Zwecke. Ihren Bettelbriefen ist nicht die geringste Erkenntnis der Tatsache zu entnehmen, daß vor 350 Jahren der Bischof Julius für alles dieses schon großartige Vorsorge getroffen hat. Diese Bettelbriefe aus dem Jahr 1928 machen einen tragikomischen Eindruck gegenüber von dem Ernst und der Würde des Stiftungsbriefs vom Jahr 1579, welchen zu studieren die Verfasser der jetzigen Bettelbriefe sich hartnäckig weigern. —

In einer bemerkenswerten Analogie ist es auch so mit den alten Leuten des Stiftungsbriefes. Auch in dieser Richtung wird jetzt stark gebettelt für „Altersheime“, und immer so, daß auch in diesen Bettelbriefen keine Spur von Bewußtsein davon zu entdecken ist, daß Würzburg Jahrhunderte lang das großartigste Altersheim besaß, welches nur in einer, wirklich „zum Himmel schreienden“ Weise „obsolet“ geworden ist, besonders für die katholischen Greise und Greisinnen der Städte: Würzburg, Schweinfurt, Kissingen, Kitzingen, deren rechtskundige Bürgermeister ihres Rechtes auf die Freiplätze sehr unkundig sind. Sie kümmern sich nicht darum und machen keinen Gebrauch davon für die Berechtigten. Sondern sie ziehen das Geld für die Versorgung dieser Armen lieber aus den Steuerzahlern. —

Das Oberpflegamt des Julius-Spitals hat seit vielen Jahren seine Berichte eingestellt. Früher lag über jedes Jahr ein gedruckter Bericht vor, aus dem man entnehmen konnte, was im Sinne des Stifters für die Armen geleistet wird. Jetzt fehlt jede Einsicht darein. Jedenfalls ist aber dieses sicher: für den einen Teil, die Kinder, geschieht gar nichts mehr. Dagegen: der andere Teil, die erwachsenen Armen, die krank und invalid sind, dieser kann nicht numerisch bestimmt werden. Denn es fehlen die Berichte. Die Kreisregierung und das Ministerium des Innern müßten also das Oberpflegamt dazu zwingen, daß es wieder berichte, und daß man ohne weiteres deutlich ersehen könne: für die beiden Kategorien 1. arme Kinder; 2. erwachsene arme Kranke und Invalide; geschieht so und so viel. Ad. 1 wird sich ja eine reine Null ergeben. Ad 2 wird es auch sehr wenig sein. Für Freiplätze in der psychiatrischen Klinik hat das Oberpflegamt früher 45 M. pro Tag gezahlt. Später sollte es 54 M. zahlen; die Zahl wurde aber nie voll. Und jetzt zahlt es so gut wie nichts; wenn es hochkommt, 6 M. pro Tag.

In den Räumen des Julius-Spitals selbst sollten von Rechtswegen immer sehr viele Leute völlig unentgeltlich verpflegt werden. Jetzt werden es umgekehrt sehr wenige sein. Weil aber nichts mehr berichtet wird, so kann man es nicht mehr wissen. Mangels jeglichen Berichts wird man also bloß mit großer Wahrscheinlichkeit dieses sagen können: im stärksten Gegensatz zu dem Verbot des Bischofs Julius sind jetzt fast bloß noch Leute gegen Bezahlung in dem Julius-Spital. Das Haus, welches ausschließlich ein Armenhaus sein sollte, ist jetzt gar keines mehr, weder für Waisenkinder noch für erwachsene Arme. Früher waren 163 alte Leute ganz unentgeltlich darin. Jetzt wahrscheinlich sehr viel weniger. Und auch die wenigen, die vielleicht noch da sind, jedenfalls auch nur unter den pekuniären Bedingungen, daß Armen-

pflegen einen Teil bezahlen müssen. Und ebenso ist es mit den 49 Epileptischen. — Und so ist besonders auch für die psychiatrischen Fälle der Unterschied gewaltig zwischen heute und den früheren Jahren. — Der Stifter Julius hat streng geboten: nur Arme! und jetzt das gerade Gegenteil!

Dies ist wirklich eine große Merkwürdigkeit. Ich bin im April 1887 als Oberarzt des Julius-Spitals durch einen feierlichen Eid verpflichtet worden auf die Verordnungen des Stiftungsbriefs. Und ich habe in den vier Jahrzehnten seither immer protestiert gegen alles Stiftungswidrige und in Wort und Schrift an den Stiftungsbrief erinnert und an die Drohungen des Bischofs Julius (oben S. 5). In meiner N. 9 habe ich auf S. 8 abgedruckt einen anonymen Zeitungsartikel. Man hat mir dann später berichtet, sein Verfasser sei ein Domkapitular gewesen. Ich kann die Richtigkeit dieser Angabe nicht kontrollieren und nur, auch hier wieder, mein Bedauern darüber aussprechen, daß in so wichtigen Dingen Anonymes vorgebracht wird. Es wäre an der Zeit, daß der bisherige Anonymus endlich einmal seinen Namen nennte. Wenn es wirklich ein Domkapitular wäre, so wäre das ein starkes Stück. Bischof Julius hat seine scharfen Drohungen besonders auch an das Domkapitel gerichtet, welches seinen Willen ausführen und nicht ihm zuwider handeln soll. Und angesichts von all dem, was ich dem Domkapitel vorgehalten hatte, wäre gerade von einem Domkapitular dieses sehr frivol: „Professor *Rieger* will die Bauern mit dem jüngsten Gericht schrecken und mit der Strafandrohung des Stifters für diejenigen, welche seine Stiftung nicht zweckentsprechend verwalten.“ Nicht die Bauern will ich „schrecken“ sondern die Domkapitulare. Denn diesen hat der Bischof Julius angedroht, daß er sie selbst ernstlich verklagen wird, „an dem letzten Tage vor dem Richterstuhl Gottes als Veränderer der Stiftung und Schmälerer der Ehre Gottes und Hilfe der Armen, die er allein dabei gesucht hat“.

Es handelt sich darum: Sollen die scharfen Drohungen des Stifters Julius beachtet werden? oder dürfen gerade Domkapitulare, an die er die Drohungen besonders gerichtet hat, sie in den Wind schlagen und diejenigen verhöhnen, welche die Drohungen noch ernst nehmen?

Wenn Domkapitulare so frivol wären, würde ich dies für sehr unklug halten. Die katholische Kirche hat ihre Kraft in ihrer starken und festgehaltenen Tradition. Wenn sie dieser durch die Jahrhunderte treu bleibt, dann imponiert sie. Wenn sie aber, aus Rücksicht auf augenblickliche Opportunitäts-Interessen, die Tradition verletzt und zerstört, so muß dies, früher oder später, der Kirche schaden. Und so kann es auch ein irdisches „jüngstes Gericht“ geben. Bischof Julius

hat auf das strengste verboten, daß sein Armen- und Waisenhaus in solche Augenblicks-Interessen hineingezerrt werde, wie es jetzt geschehen ist. Es ist unklug von katholischen Geistlichen, wenn sie eine, so feierlich sanktionierte, Tradition so stark verletzen und verspotten. —

Um das Jahr 1908 hatte der verstorbene Spitalpfarrer Schuler, von welchem sehr vieles steht in meinem Buch N. 8, in langen Schriften und Artikeln immer wieder auf das Gebot des Stifters hingewiesen und energisch verlangt: Erhaltung der Freiplätze in ihrem vollen Bestand.

„Wenn man die Freiplätze verkürzte oder gar annullierte, so wäre das eine unmenschliche Grausamkeit der Stiftungspfleger, wegen deren sie vor Gott und Menschen schwere Strafen verdienten." —

Und jetzt ist es so geworden: wenn diejenigen, welche dazu verpflichtet sind, sich dazu aufraffen könnten, daß sie die Verantwortlichen zu einem offenen Bericht zwängen; — dann würde sich herausstellen die Annäherung der Leistungen für die Armen an Null. —

Für meine psychiatrischen Kollegen ist es von Interesse, weil der schreckliche und schmähliche Sturz hauptsächlich auch die psychiatrischen und epileptischen Fälle betrifft: einesteils die in der psychiatrischen Klinik, andererseits die Pfründner in den Räumen des alten Spitals. Was geleistet werden sollte, steht ausführlich in meinem Buch N. 8. Der jetzige Tiefstand aber wird verheimlicht. Am Schluß der fünfzig Jahre, die ich durchlebt habe, haben die Schuldigen solche Zerstörung angerichtet und sich beladen mit dem Fluch des Bischofs Julius.

Im Jahr 1876 hat der damalige Direktor der Stiftung, Kaspar Lutz, anläßlich ihres 300 jährigen Jubiläums eine interessante Geschichte des Spitals im Druck erscheinen lassen. Dieser Direktor war immer beflissen für die sorgfältige Erfüllung des Gebotenen und Fernhaltung des Verbotenen. Er hat demgemäß auch getadelt, daß im 17. u. 18. Jahrhundert die Mittel der Stiftung mißbraucht worden waren für Juden, die sich nach kürzerem und längerem Aufenthalt im Spital taufen ließen. Dieser Mißbrauch zum Nachteil der Armen und Kranken ist dann auch damals, als stiftungswidrig, allmählich abgestellt worden, weil eben nur die armen Kranken, Kinder und Greise „dieses Landes" aus Mitteln der Stiftung versorgt werden dürfen. Jene Juden, über welche, um ihrer prinzipiellen Bedeutung willen, auch vieles in meinen Büchern steht, waren oft von weither gekommen. — Auch Türken wurden manchmal aufgenommen behufs seinerzeitiger Taufe. — Was würde der Stifter vom Jahr 1576 und

der Direktor vom Jahr 1876 heute sagen zu den heutigen Verletzungen des Stiftungsbriefs?

Wenn man in meinen und anderen Büchern das Viele liest, was dort steht über Berichte von Reisenden und Schriftstellern, z. B. Heinrich v. Kleist und Karl Immermann; und wie auch diese immer die **Armen**-Anstalt hervorgehoben haben, und wie wenig jetzt für die Armen geschieht; so muß man sich vor allem immer wieder wundern über die Gleichgültigkeit, mit der dies alles diejenigen dulden, die es zu verbieten die Pflicht hätten. Dieser Gegensatz ist wirklich staunenswert. Vor 350 Jahren hat der Stifter Julius alles das so ausdrücklich als möglich, verboten, was jetzt geschieht. Es wird wohl nirgends einen Stiftungsbrief geben mit so scharfen Drohungen. Und gerade dieser wird so stark verletzt. Und wenn ich darauf nachdrücklich hinweise, dann kommt Verhöhnung durch einen Anonymus, von dem es heißt, er sei ein Domkapitular. Und gerade das Domkapitel hat Bischof Julius so scharf bedroht. Mir steht bei einem solchen schreienden und schneidenden Kontrast der Verstand völlig still.

In meinen Büchern habe ich auf das ausführlichste auseinandergesetzt, wie schwere Lasten den Behörden erwachsen, welche für die Armen zu sorgen haben, dadurch, daß das Julius-Spital nichts mehr für diejenigen leistet, die nichts zahlen können; sondern daß es sich nur bemüht um solche, die zahlen; — was der Stifter expressis verbis verboten hat, welcher gestiftet hat ausschließlich ein Haus für Arme. Außer mir rührt sich aber niemand gegen diese Stiftungswidrigkeit: kein Ministerialrat, kein Regierungsrat, kein Bürgermeister. Ich habe in meinen Büchern besonders auch die Bürgermeister der Städte: Würzburg, Schweinfurt, Kitzingen, Kissingen, darauf hingewiesen, daß ihre Armenlasten bedeutend verringert würden, wenn das Julius-Spital nicht aufgehört hätte, ein Armen- u. Waisenhaus zu sein. Aber niemand rührt sich. Auch in der Stadt Würzburg niemand, für welche es ein besonders schwerer Schaden ist. Von mir kann ich mit gutem Gewissen sagen: dixi et salvavi animam meam. Und ein anonymer Domkapitular hat nun wieder Gelegenheit dazu, daß er mich als „freidenkenden Professor" deshalb verhöhne, weil ich das Domkapital an das jüngste Gericht erinnere. Während ich an Domkapitel und jüngstes Gericht dachte, kam mir dieses in einer Zeitung vor Augen:

Fastenhirtenbrief des Bischofs von Würzburg vom 9. Februar 1928: „Wohl steuert man heutzutage der Not durch allgemeine und zwangsläufige Wohlfahrts- und Fürsorgepflege. Wir stehen im Zeitalter des Rechts. Aber man wird dadurch niemals der besonderen Not abhelfen. Hier bedarf man immer der freien Karitas. Diese kann man aber nicht reglementieren. Sie flutet aus dem christlichen Herzen heraus." —

Der dieses geschrieben hat, wird ja wohl den Stiftungsbrief auch noch nie gelesen haben, in welchem Bischof Julius, neben den Domkapitularen der Zukunft, besonders auch seine „Nachfolger" ermahnt und bedroht. Und das ist ja das große Übel: Niemand liest das, worauf es ankommt. In Würzburg wird lebhaft gebettelt für Alters- und Kinderheime. Und niemand denkt daran, daß das säkulare Alters- u. Kinderheim des Julius-Spitals in einer Weise verkümmert ist, von welcher man doch vor allem Kenntnis nehmen sollte. Und dabei habe ich in meinen Büchern besonders dieses mit großer Ausführlichkeit dargelegt, daß infolge der Gleichgültigkeit der Würzburger Armenpfleger seit vielen Jahrzehnten keine Würzburger mehr in die Pfründen des Julius-Spitals gekommen sind, wo doch in dem Stiftungsbrief die Würzburger in erster Linie genannt sind.

So sind die Waisen zu Null geworden und die Würzburger Invaliden zu Null. Und niemand, der es sollte, liest den Stiftungsbrief. —

Dies betrifft also das Nicht-Psychiatrische, das ja auch für jedermann interessant ist in dem Sinne, daß den Verwaltern der ehrwürdigsten und berühmtesten Stiftung für Arme die Armen sehr unwichtig und die Reichen sehr wichtig geworden sind.

Meine psychiatrischen Kollegen will ich aber hier, in diesen grünen Heften, noch besonders auf dieses hinweisen: Ohne jede Kontrolle seitens der Öffentlichkeit bröckeln auch die Leistungen für psychiatrische und epileptische Fälle immer mehr ab. Früher vieles ganz unentgeltlich; jetzt nichts oder doch bloß zum Teil unentgeltlich. Solange aber alle Kontrolle durch die Öffentlichkeit fehlt, kann man das wirkliche Niveau nicht feststellen, auf welches die Leistung für die Armen gesunken ist. Ich habe in den Jahrzehnten, in denen ich mit den Pfründnern zu tun hatte, auch einigermaßen eine „Pfründnerseele" bekommen (Siehe N. 8, S. 444). Und besonders hat sich mir, in bezug auf die psychiatrischen Fälle, dieses eingeprägt: Für sie kommen oft viele Jahrzehnte in Betracht, innerhalb welcher sie nicht in häuslicher Pflege sein können sondern in Anstaltspflege sein müssen. Eine so vortreffliche Stiftung ausschließlich für Arme, wie es die des Bischofs Julius ist, war deshalb gerade auch für die psychiatrischen Fälle von großer Wichtigkeit. Und in meinen Büchern ist die reichliche psychiatrische Fürsorge aus Stiftungsmitteln in den guten alten Zeiten ausführlich dargelegt. Wenn über die jetzige Zeit Berichte vorlägen, so ergäbe sich mit großer Wahrscheinlichkeit dieses: Erstens überhaupt zu wenige Freiplätze; zweitens auch diese wenigen nicht vollständig. Es wird mit großer Wahrscheinlichkeit auch noch für die wenigen, die da sind, Geld verlangt. Und wenn man es so macht, dann hilft man der

Armut und der Not nicht gründlich ab. Gerade in dem Verkehr mit den Angehörigen der psychiatrischen Fälle erlebt man es immer wieder: wenn man ihnen sagt: ein **Teil** der Sorge und Last wird Ihnen doch abgenommen; dann kommt die berechtigte Klage: Ja, aber für die vielen Jahre können wir den Rest eben auch nicht leisten. Angehörige und Armenpfleger sprechen so. Und sie nehmen dann häufig Leute aus diesen pekuniären Gründen nach Haus, welche den Aufenthalt in der Anstalt noch sehr nötig hätten. Das war eben früher, wo das Spital noch ein Armenhaus war, ganz anders. Da konnte man gründlich helfen. Z. B.:

Anfang der neunziger Jahre kam ein Armenpfleger von Kist bei Würzburg zu mir und klagte, daß eine Witwe mit drei Kindern in großem Elend sei. Ich ging am nächsten Sonntag nachmittag hinaus. Es war schrecklich: die Mutter lag, sterbend an einem Magenkrebs, ohne Bettstelle auf einem Strohsack auf dem Boden einer Dachkammer und um sie herum ein epileptischer Knabe, ein idiotischer Knabe und ein idiotisches Mädchen. Die Mutter starb dann in den nächsten Tagen. Wie es damals noch, unter Direktor *Lutz*, im Spital war, konnte ich für die Kinder ohne alles weitere so sorgen: ich konnte die drei Kinder in völlige Freiplätze einsetzen in der psychiatrischen Klinik auf Rechnung der Stiftung.

Später kamen dann alle drei allmählich in passende Pfründen-Plätze in dem Spital selbst. Dies ist nur ein Beispiel für unzählige analoge aus der damaligen Zeit. Damals war des Spitaldirektors und mein Streben immer ganz übereinstimmend darauf gerichtet, daß möglichst rasche und ausgiebige Hife im Sinne des Stifters Julius geschaffen werden konnte. Aber das kam ganz anders zu der Zeit, als der Anonymus (Domkapitular?) z. B. auch dieses schrieb:

Es ist dann auch nicht ausgeschlossen, daß in den freigewordenen Räumen manche Ärzte und Professoren ihre Privatkliniken einrichten. Was dann für die reichen, bezahlenden Patienten gut ist, damit sind dann auch die kranken stiftungsberechtigten Bäuerlein sehr wohl zufrieden.

Also Privatkliniken für Reiche in einem Haus, welches ein reines Armen- und Waisenhaus sein soll. Der Anonymus hatte es geschrieben im Jahre 1916. Daß es sich so entwickeln werde, das hatte ich schon viele Jahre zuvor in meinen Schriften vorausgesagt. —

Einige Jahre vor dem anonymen Zeitungsartikel war ich in Assisi vor dem berühmten Bild von Giotto gestanden, von welchem im Bädeker steht: „Die Armut in Lumpen gehüllt wird durch Christus dem heiligen Franciscus vermählt“. — Um jene Zeit hatte ich gerade den Stiftungsbrief des Bischofs Julius besonders studiert. Und deshalb kam mir in Assisi dieser Gedanke: Vier Jahrhunderte nach Franciscus, also in einer schon erheblich moderneren Zeit, hat der Bischof Julius auch seine Liebe zu der Armut noch so stark verkündet, wie es ersicht-

lich ist aus dem vielen, was ich oben und sonst an vielen Orten abgedruckt habe. — Aber dreihundert Jahre nach Julius ist bei dem geistlichen Anonymus davon nichts mehr zu finden. — Sein Artikel vom 22. November 1916 verhöhnt geradezu die Liebe zu der Armut. Und das Oberpflegamt hat z. B. am 28. Juli 1921, anläßlich meiner Klagen über die zusammenschrumpfenden Freiplätze, dieses geschrieben: „Die Einrichtung einer Röntgen-Station im Anschlag von etwa 200 000 M. macht große Ausgaben dringend". — Das war also auch wieder genau so, wie ich es schon längst voraus verkündet hatte: für die verbotenen Zahlenden wird viel Geld ausgegeben. Und für die gebotenen Armen ist dann nichts mehr da. —

Solange gegenüber von dieser Beraubung der Armen alle, welche sie verhindern sollten, nichts tun, kann ich meinerseits lediglich sprechen: dixi et salvavi animam meam. In *Büchmanns* geflügelten Worten steht dazu: es kommt aus dem Propheten Hesekiel 3. 19: „Wo du aber den Gottlosen warnest, und er sich nicht bekehrt von seinem gottlosen Wege, so wird er um seiner Sünde willen sterben, aber du hast deine Seele errettet." Demnach stammt es also aus dem alten Testament. — Ich habe unablässig gewarnt und somit „meine Seele errettet". Diejenigen aber, die trotz aller Warnungen den Stiftungsbrief immer wieder verachten und verletzen, sind von dem Stifter bedroht. „Alle Strafen und Plagen, die denjenigen, so sich der Armen nicht annehmen und Gott in diesen seinen Gliedern verachten, angedroht sind, werden in dieser und jener Welt nicht ausbleiben". —

Speziell für meine psychiatrischen Kollegen füge ich hier noch an einen Rückblick darauf, wie ich schon im Jahr 1896 in die Würzburger Psychiatrie unter Schwierigkeiten einzuführen hatte die barmherzigen Schwestern.

Hubert Grashey war im Herbst 1884 von Deggendorf als Professor der Psychiatrie nach Würzburg gekommen (s. oben N. 7 S. 334). Er war nur bis zum Sommer 1886 in Würzburg und kam damals nach München. Dort war er zehn Jahre Professor der Psychiatrie und wurde im Herbst 1896 oberster Leiter des bayrischen Medizinalwesens, welches er dirigierte bis zum Jahr 1909, von welchem Jahr ab er bis zu seinem Tod im Ruhestand in München lebte.

Im Herbst 1896, als er gerade im Begriff war, von der psychiatrischen Professur und der Direktion der Münchener Kreis-Irrenanstalt überzugehen zu der obersten Direktion des allgemeinen Medizinalwesens in Bayern, hat er auf der Psychiater-Versammlung in Heidel-

berg am 18. September 1896 gleichsam sein psychiatrisches Testament über die Wärterfrage vorgetragen und über die Stellung zu den Nonnen dieses gesagt:

Meines Erachtens ist es ein Fehler, die Auswahl und Ausbildung des Pflegepersonals aus der Hand zu geben und dasselbe sich von anderen gewissermaßen liefern zu lassen. In der Not, möchte ich sagen, griff manche Anstalt zu diesem Auskunftsmittel, und manche Anstalt dachte sich, ein für alle Male, jeder Mühe und Sorge überhoben, indem sie Angehörigen religiöser Genossenschaften oder Orden die Krankenpflege übergab und dem Orden die Auswahl der einzelnen Personen überließ. Daß bei diesem Modus die einheitliche Leitung mehr oder weniger leidet, ist anerkannt, und da der Verein der deutschen Irrenärzte in seiner Jahressitzung vom 25. Mai 1893 zu Frankfurt einstimmig in diesem Sinn sich ausgesprochen hat, so darf ich mich jeder weiteren Motivierung enthalten. —

Grashey hat dann, selbstverständlicherweise, in den Wochen nach dieser seiner Erklärung gegen meine Einführung der barmherzigen Schwestern in meine Klinik Widerspruch erhoben. Es ist mir aber doch gelungen, daß ich, schon ein Vierteljahr nach Grasheys Vortrag, an Neujahr 1897, die Neuerung durchgesetzt hatte, die jetzt so selbstverständlich ist; — die aber damals noch eines ziemlichen Aufwandes von Papier bedurfte. Die Nachfolger Grasheys in der Münchener Psychiatrie: haben dann in den Jahren darauf, auf meinen Vorgang hin, ohne alles weitere in die neue psychiatrische Klinik in München Nonnen eingeführt. Und heute, nach zweiunddreißig Jahren, wird man den damaligen Widerstand nur schwer begreifen können. Damals war er aber stark. — Wenn mich im Jahr 1917 geistliche Anonymi mit den Worten verhöhnten: ich sei ein „freidenkender Herr“ und spreche dennoch von dem jüngsten Gericht; so hat man im Jahre 1896 in Zeitungs-Artikeln meinen „Freisinn“ für unvereinbar erklärt mit etwas so „Reaktionärem“, wie es die Einführung der Nonnen in die Psychiatrie sei. In einem Zeitungs-Artikel von mir habe ich dann zitiert: Faust 2. 5590: „Den freien Geist, der alle Rechte schätzt“; u. auseinandergesetzt, daß es sich nicht handelt um Politik sondern um die beste Fürsorge für die Kranken. Ich bin, in den zweiunddreißig Jahren seither, immer gut ausgekommen mit den Nonnen. Aber ich kann nicht gut auskommen mit geistlichen Anonymis, welche mich verhöhnen, wenn ich ihre Frivolität zur Kenntnis und zum Bewußtsein derjenigen zu bringen suche, die es angeht. — Und das bringt mich jetzt auch wieder auf jenes mein Faust-Zitat vom Jahr 1896, wo es heißt:

Und das verdroß mich, wie der Übermut
Den freien Geist, der alle Rechte schätzt,
Durch leidenschaftlich aufgeregtes Blut
Ins Mißbehagen des Gefühls versetzt.

Es verdrießt mich, und es macht mir Mißbehagen der Übermut, welcher sich gar nicht mehr um eine Tradition kümmert, die er doch ernst nehmen sollte. Dieser Übermut verachtet die Armen und die Gebote des Stifters Julius und ist „leidenschaftlich aufgeregt" im Sinne der Beförderung des Verbotenen.

Was oben steht auf S. 12 vom „Zeitalter des Rechts" und der „besonderen Not", und der „nicht reglementierbaren christlichen Liebe, die aus dem christlichen Herzen herausflutet"; ist ganz zutreffend. Aber der dies schrieb, muß doch vor allem an seinen Vorgänger denken, der vor 350 Jahren doch auch schon energisch reglementiert hat für die Armen und für die Waisen. Der Nachfolger von Bischof Julius in dem geistlichen Regiment hat die Verpflichtung, soweit es an ihm liegt, das Reglement vom Jahr 1579 wieder herzustellen. Sonst verklagt ihn der Vorgänger „an dem letzten Tag als Veränderer der Stiftung und Schmälerer der Ehre Gottes und Hilfe der Armen". — Denn er ist dann als Bischof ein Mitschuldiger daran, daß zuwidergehandelt wird diesem: „meine Nachfolger sollen ja an dieser unserer Stiftung nichts ändern noch umkehren. Falls sie je etwas anderes oder neues anzuwenden gewillt sein würden, so sollen sie das anderen und nicht dieses Orts vornehmen und anstellen."

Gerade dieser Satz ist interessant. Bischof Julius hat vorausgesehen, was nach drei und einem halben Jahrehundert jetzt gekommen ist. Er hat es ausdrücklich verboten. Er hat Bischöfe und Domkapitulare mit den stärksten Drohungen verwarnt: daß sie seine Stiftung nicht mit Vorsatz zu anderen Zwecken verwenden sollen. Wenn sie andere Zwecke erfüllen wollen, so sollen sie das anderen und nicht dieses Orts vornehmen und anstellen. Denn diese Stiftung ist ausschließlich bestimmt „für die Armen und Waisen dieses Landes". Der Kurfürst Johann Philipp von Schönborn (s. oben S. 7) hat seine Einrichtungen für die Waisen auch dem Kaiser Leopold gezeigt. Zu diesem hat das besonders gut gepaßt. Denn von ihm ist das Wort bekannt: Andere Fürsten haben ihre Maitressen. Laßt mir meine Armen! Das war, ein Jahrhundert nach Julius, auch noch ein Wort in dessen Sinn. Und auch Friedrich Karl von Schönborn, der achte Nachfolger seines berühmten Großoheims, hat noch genau im Sinne des Stifters Julius gedacht, und besonders in bezug auf die psychiatrischen Fälle. Hierüber steht vieles in meinen Büchern, besonders auch, daß er die geisteskranken Armen treffend genannt hat: „ex duplici capite ohnglückselige Personen", für welche man deshalb auch mit doppeltem Eifer sorgen müsse. Und so war es auch noch die anderthalb Jahrhunderte hindurch von Friedrich Karl von Schönborn bis

in das 20. Jahrhundert. Bis dahin waren immer die Spitaldirektoren vor allem daraum bemüht, daß die vielen Freiplätze für die psychiatrischen Fälle und die Epileptischen als völlige Freiplätze erhalten blieben. Es waren völlige Freiplätze:

In der psychiatrischen Klinik	25
In der Pfründe in dem Spital	40
In dem Haus der Epileptischen	49
Zusammen:	114

Das sind sehr viele Freiplätze, allein für solche, welche die Psychiatrie angehen. Und auch die Zahl der alten Männer und Frauen in dem Spital wurde komplet erhalten auf 163. Unter diesen waren auch manche, welche zwar äußerlich ruhig waren, aber doch in psychiatrischen Anstalten hätten sein müssen, wenn sie nicht hier versorgt gewesen wären. Das war also eine großartige Leistung. Und diesen glänzenden Zustand habe ich noch einige Jahrzehnte erlebt, bis die Zerstörung kam. — Ich wiederhole: das Dringendste wäre die offene Darlegung des jetzigen Tiefstands. Dies müßte in einer klaren gedruckten Übersicht geschehen. Es müßte besonders auch für meine psychiatrischen Kollegen von Interesse sein. Denn die Julius-Stiftung schloß in sich die glänzendste Dotierung mit psychiatrischen Freiplätzen. Und der Grad von deren Schwund muß deshalb von größtem Interesse sein für alle, welche mit der psychiatrischen Fürsorge zu tun haben. Seit Jahren ist alles geheim gehalten worden. Außer denen, welche an dieser Zerstörung schuldig sind, kennt niemand die Zahlen, um welche es sich handelt. Die Schuldigen verheimlichen sie. Und diejenigen, welche, als die Nachfolger des Bischofs Julius im geistlichen und weltlichen Regiment, sich darum kümmern sollten; von diesen kann ich mit größter Wahrscheinlichkeit vermuten, daß sie die Zahlen nicht kennen.

Als ich in Assisi war (s. oben S. 14), da ist mir auch der berühmte Franziskaner-Dichter Thomas von Celano eingefallen und sein: dies irae dies illa mit dem: judex cuncta stricte discussurus. Weil die Armut die Braut des heiligen Franziskus war, so wird in dem Sinn des franziskanischen Dichters, die Klage des Bischofs Julius gegen die „Schmälerer der Hilfe der Armen“ von dem judex stricte discussurus als eine besonders ernste und schwere behandelt werden. Und der Vers:

Liber scriptus proferetur,
In quo totum continetur,
Unde mundus judicetur; —

paßt auch gut auf den Stiftungsbrief des Bischofs Julius. — Man kann und darf durchaus nicht sagen: „Der Stiftungsbrief vom Jahr

1579 geht uns nichts an. Wir leben im 20. Jahrhundert und müssen modernisieren". Man darf nicht so modernisieren, daß man eine Stiftung, welche auf das Feierlichste nur für die Armen und Waisen bestimmt worden ist, den Armen und Waisen raubt. Ich beobachte in den letzten Jahrzehnten mit steigender Verwunderung diese völlige Gleichgültigkeit gegen den Stiftungsbrief und seine Verhöhnung. Eine großartige Armenstiftung will man zusammenschlagen.

Von dem berühmten Staatsmann Friedrich Karl von Moser in Darmstadt (1723 bis 1798) habe ich zufällig, gerade als geistliche Anonymi mich verhöhnten, dieses gelesen:

„Ich finde Gottes Weisheit und Erbarmen darin, daß sich immer noch gute Menschen finden, die zum Zweck des öffentlichen Wohls etwas durchsetzen, und zwar mit der täglichen Erwartung, daß die dadurch Geretteten ihnen nach gelöschtem Brand den Feuer-Eimer auf dem Kopf entzwei schlagen."

Dieses drollige und kräftige Gleichnis hat mir gut gefallen. Auf mich paßt es aber nicht. Denn ich habe keinen Brand zu löschen, folglich habe ich auch nichts von einem Feuereimer zu fürchten. Im Gegenteil: bildlich gesprochen sollte entstehen ein Feuer der Entrüstung über die Beraubung der Armen. Aber das entsteht eben nicht; und bis zum „letzten Tag" des Bischofs Julius ist es weit. Wenn geistliche Anonymi dafür bloß Hohn haben, so kann ich dieses auch nicht ändern und muß diese dem Bischof Julius und dem letzten Tag überlassen. Aber ich habe „meine Seele errettet" und kann mit gutem Gewissen sterben. Und das ist doch schließlich die Hauptsache.

Für die psychiatrische Fürsorge im Speziellen und die Armenfürsorge im Allgemeinen ist dieser Gegensatz von großem Interesse:

Einerseits: Ich habe nirgends so scharfe Drohungen finden können in Dokumenten anderer Stiftungen wie die des Bischofs Julius bei der seinigen.

Andererseits: Bei aller Aufmerksamkeit auf diesen Punkt habe ich keine andere Stiftung finden können, deren Bestimmungen so mißachtet werden wie gerade die des Stifters Julius. — Über dreihundert Jahre hatte es gehalten; und dann ist es schmählich zusammengebrochen. Die Einzelheiten dieser traurigen Entwicklung sind in meinen Büchern genau dargelegt. Weil in diesen immer alles unter meinem vollen Namen gedruckt steht, so ist die Anonymität bei denjenigen um so verwerflicher, welche der Zerstörung beflissen sind. — Der Philosoph Arthur Schopenhauer hat dieses geschrieben: „Ist denn nicht die Anonymität die feste Burg aller publizistischen Schurkerei?" — Bei der Zerstörung der Stiftung des Bischofs Julius ist alles anonym; nicht bloß in den Zeitungen sondern auch in den Bureaux.

Man kennt nicht die Namen derjenigen, welche dazu verpflichtet wären, daß sie der Zerstörung Einhalt täten. Und man kennt auch nicht die Zahlen für die Größe der Zerstörung. Was ich wissen konnte, das habe ich ausführlich dargelegt in meinen Büchern. Seit deren Erscheinen sind aber die Freiplätze noch in starker Progression weiter zerstört worden. Und diesen Umfang der Zerstörung sollte man eben genau kennen. In Bezug auf die Psychiatrie ist ja dieses klar: Hier kommt vor allem in Betracht das Bedürfnis nach einer langen Versorgung für Jahre und Jahrzehnte. Und gerade in dieser Hinsicht hätte der Stiftungsbrief unvergleichlich gut gesorgt. Um so größer muß aber auch die Entrüstung sein über die Zerstörung.

Nachdem ich in meinem gedruckten Schriften auf vielen Hunderten von Seiten mich um Rettung bemüht hatte und immer deutlicher hatte erkennen müssen: es hilft alles nichts; denn die Büreaukraten lesen höchstens geschriebene „Einläufe" aber keine Bücher; — habe ich auch noch Gelegenheit gefunden zu diesem Geschriebenen. Die Kreisregierung in Ansbach hatte mich aufgefordert zu einer Äußerung darüber: ob für den Kreis Mittelfranken nur noch die Anstalt in Ansbach weiterbestehen solle? und die in Erlangen geschlossen werden?

Bei dieser Gelegenheit schrieb ich dieses:

„Es erschien mir zuerst fast unmöglich, daß ich meine Aufmerksamkeit lenkte auf den Kreis Mittelfranken und sie damit ablenkte von Würzburg in einer Zeit, wo ich bedrängt bin durch schwere Sorgen um die Würzburger Psychiatrie. Wenn man selbst in ärgster Not ist, muß man zuerst an seine eigene denken, zumal wenn, wie es hier der Fall ist, die Not des Nachbars viel geringer ist als die eigene. —

In dem Würzburgischen Lande waren, auf Grund der vortrefflichen Stiftungen aus der Zeit der Fürstbischöfe, seit Jahrhunderten besonders gute Einric[illegible]gen gewesen für Arme und Kranke. Und besonders auch für die ps[illegible]rischen Bedürfnisse war gut gesorgt gewesen durch eine große Zahl von Freiplätzen. Der Stiftkngsbrief des Bischofs Julius vom 12. März 1579 hatte mit größter Bestimmtheit verordnet, einerseits negativ: die Erträgnisse aus den Kapitalien und Gütern der Stiftung dürfen nicht verwendet werden für Einrichtungen zu Verpflegung von Zahlenden, sondern nur von Armen; und andererseits positiv: für die Armen muß in ausreichender Weise gesorgt werden nach den Kategorien: arme Waisen, arme alte Leute und alle Arten von armen Kranken. Und so war auch für die psychiatrischen Fälle gut gesorgt. In den ersten Jahrhunderten war alles in guter Ordnung gemäß dem Willen des Stifters. Gute Verwaltung und reichliche Zustiftungen ermöglichten die stete Vermehrung der Freiplätze. Als ich am Neujahr 1878 im Julius-Spital angestellt worden bin, wurden noch viele Freiplätze unterhalten: für Kranke rund 180 und mehr im Tagesdurchschnitt, was wirklich etwas ganz großartiges war; und lebenslängliche Pfründner 252; alles unentgeltlich aus den Mitteln

der Stiftung, so wie es der Stifter geboten hatte. Die Freiplätze waren in diesem erfreulichen Zustand. Und der Stiftungsbrief wurde nur allmählich, schon im 19. Jahrhundert, in steigendem Maße dadurch verletzt, daß, dem Verbot des Stifters zuwider, immer mehr zahlende Kranke aufgenommen wurden. Aber neben diesen waren doch bis zum Ende des 19. Jahrhunderts die Freiplätze in ihrem Bestand geblieben. Erst von da ab kam der gewaltige Schwund der Freiplätze. In der psychiatrischen Klinik hat das Oberpflegamt des Julius-Spitals in früheren Jahrzehnten regelmäßig 25 Freiplätze unterhalten. Aber von dem neuen Jahrhundert ab sank ihre Zahl immer mehr. Und die Bezahlung wurde so miserabel, daß eine anständige Verpflegung daraus ganz unmöglich gewesen wäre. Es waren deshalb in Wirklichkeit gar keine Freiplätze. In neuester Zeit sind aber diese sogenannten Freiplätze auch noch auf das äußerste reduziert worden. Früher war das Julius-Spital eine bewundernswerte Anstalt der Wohltätigkeit und als solche in der ganzen Welt berühmt. Jetzt bröckelt alles Gebotene ab und das Verbotene nimmt immer mehr zu.

Trotz meiner schärfsten Proteste läßt die Kreisregierung in Würzburg alles dieses Stiftungswidrige mit staunenswerter Passivität geschehen. Sie sieht ruhig zu, wie die berühmte Stiftung für die Armen ihren alten Ruhm einbüßt und eine ganz unsinnige Entwicklung nimmt, bloß weil zufällig gerade einige Leute da sind, die sich das in den Kopf gesetzt haben. —

In Mittelfranken können die reichen Privaten, Krankenkassen und Armenverbände auch hohe Zahlungen leisten. In dem viel ärmeren Würzburger Land können dessen Private, Kassen und Armenverbände die nötige Erhöhung der Kosten in den Anstalten nur viel schwieriger aufbringen als die reichen Städte und die reichen Bauern in Mittelfranken. In dem Würzburgischen Land nähmen gerade die Freiplätze des Bischofs Julius den Bedürftigsten viele Plage ab. Aber die Verletzer des Stiftungsbriefs lassen die Freiplätze des Bischofs Julius immer mehr schwinden. Dieses fluchwürdige Unterfangen muß nicht bloß innerhalb des Würzburger Landes, sondern auch auswärts bei jeder Gelegenheit gebrandmarkt werden. Ich benütze dazu auch diese Gelegenheit. Es ist ja wirklich schrecklich, wenn man dieses einander gegenüberstellt: einerseits: ich kann aus meiner langen psychiatrischen Erfahrung für die Kreisanstalten keinen anderen Rat geben als diesen: wenn die Kreislasten nicht unerschwinglich werden sollen, müssen Private, Kassen, Armenverbände viel mehr zahlen an die Kreisanstalten, als sie bisher bezahlt haben. Andererseits: dies wird die armen Privaten und die armen Krankenkassen und die armen Armenverbände schwer belasten und bedrücken. In dem Würzburgischen Lande hat die Julius-Stiftung in weiser Voraussicht seit Jahrhunderten gesorgt für solche Notstände der Armen. Und gerade jetzt, im Jahr 1923, in welchem die Not am größten ist, belasten sich die Pfleger dieser Stiftung mit dem Fluch des Bischofs Julius, den er am Schluß seines Stiftungsbriefs ausgesprochen hat über diejenigen, welche die Wohltaten seiner Stiftung den Armen entziehen."

Das Vorstehende wurde zur Kenntnis gebracht den Regierungen der beiden Kreise: Mittelfranken und Unterfranken. In der langen Zeit seither habe ich aber nichts davon wahrgenommen, daß es irgendwie beachtet worden wäre.

Was ich über diese Beraubung der Armen in den Buchdruck gegeben habe, das geht in viele Hunderte von Seiten. Lesen tun aber diese vielen Hunderte von Seiten bloß diejenigen, die sie unterhaltend finden, wie z. B. der Rezensent des Kunstwarts oben S. 3. Und so haben mir noch Manche erzählt, sie haben es als eine „pikante Lektüre“ gelesen. Aber diejenigen, die das Buch lesen **sollten** und welche es in erster Linie „piquieren“ sollte, die lesen es eben gerade nicht. Ich lasse mich dadurch aber doch nicht davon abhalten, daß ich den Buchdruck in angemessenen Zwischenräumen in Bewegung setze für die Armen des Bischofs Julius.

Dem Herrn Kollegen *Ilberg* hatte ich im Jahre 1894 manches Einschlägige gezeigt zu einer Zeit, als alles noch in Ordnung war. Und auch ihm hat damals die gewaltige Zahl der völligen Freiplätze imponiert. Jetzt nach vierunddreißig Jahren mußte ich ihm, nach der Tagung in Kissingen, den jetzigen Zustand enthüllen. Und da sagte er: ich solle das nur in seine grünen Hefte setzen. Denn daß eine so berühmte Stiftung besonders auch für die psychiatrischen Fälle „dieses Landes“ so grausam zerstört wird, das müsse auch alle Psychiater interessieren.

Wer sich des weiteren dafür interessiert, den verweise ich auf meine Bücher (s. oben S. 2), die ja wohl auch leicht aus Bibliotheken zu bekommen sind. — Daß diejenigen, die sie von Amts wegen lesen sollten, sie nicht lesen, dies ist nun einmal unabänderlich. Diese lesen überhaupt derartiges Gedrucktes nicht. Es ist kaum glaublich, aber ich konnte z. B. jemanden, den es sehr anging, nicht dazu bringen, daß er das gedruckte Verzeichnis der Armenpflegen gelesen hätte, welche durch die Zerstörung der Stiftung beschädigt worden sind. Das war ihm nicht aktenmäßig genug. Und nach dem Bureaukraten-Spruch: quod non in actis non in mundo; verzichtete er lieber auf diese Kenntnis, die doch recht wichtig für ihn gewesen wäre. Ich nahm dann auch zu meinem großen Erstaunen wahr, daß er nicht einmal wußte, wodurch die stiftungsberechtigten Gemeinden bestimmt sind. Dazu gehört allerdings einige Kenntnis der Geschichte des Würzburgischen Landes, worüber aber in meinen Büchern alles nötige steht. — Es ist interessant in bezug sowohl auf das Konfessionelle: Katholiken, Protestanten, Juden; als auf das Territoriale: 1. das ehemalige Fürstbistum; 2. das Großherzogtum Würzburg von 1806—1814; 3. der bayerische Kreis Unterfranken und Aschaffenburg seit 1814. Von allem diesem, worüber in meinen Büchern alles ausführlich steht, hatte derjenige keine Ahnung, den es sehr anging. Und warum? weil es gedruckt war. Man kann also dem alten Spruch: quod

non in actis non in mundo; diesen hinzufügen: impressa non leguntur. — Die armen Leute, die Objekte meiner Bemühungen, können mein Gedrucktes natürlich nicht lesen. Und wenn sie es lesen könnten, könnten sie doch nichts damit anfangen. Denn sie sind nicht bloß arm am Beutel sondern auch arm am Geist. Vor bald fünfzig Jahren habe ich einmal zugeschickt bekommen eine englische Propaganda-Schrift zugunsten der Idiotenpflege, auf welcher außen in großen Buchstaben gedruckt stand: We plead for those who cannot plead for themselves. — Dieses hat mir einen bleibenden Eindruck gemacht und ist auch mein Motto geworden. Ich habe ein halbes Jahrhundert hindurch ganz überwiegend zu tun gehabt mit Armen. Und ich kann deshalb mitsprechen in Armensachen. Besonders bei meinen hirnkranken Armen mußte sich mir diese Erwägung immer wieder aufdrängen: Bei ihnen ist die Notwendigkeit langjähriger Fürsorge am größten. Diese soziale Therapie bleibt als sehr wichtige Aufgabe in den vielen Fällen, in welchen die gewöhnliche medizinische Therapie machtlos ist. Ich habe in den fünfzig Jahren viele Wandlungen dieser sozialen Therapie erfahren. Zum Beispiel war es im Anfang noch so, daß die vielen Dienstmädchen, welche aus der Stadt Würzburg immer in die psychiatrische Klinik kommen, noch gar nicht Objekte der Krankenkassen waren. Wenn diese aus einer stiftungsberechtigten Gemeinde waren, so war dieses dann ein besonderer Glücksfall. Sie brauchten dann nicht „der Armenpflege zur Last fallen". Sondern sie kamen in die Freiplätze des Bischofs Julius ohne Last — Alles dieses hat sich dann in den letzten Jahrzehnten so verschoben, daß die gesetzmäßige Fürsorge viel ausgedehnter geworden ist. Darauf bezieht sich auch, was oben steht auf den S. 12 und 17 von dem Versicherungs-**Recht** im Gegensatz zu der **Wohltat** für die Armen. — Aber auch jetzt, wo so ungemein viel reglementiert ist, gibt es eben immer noch, besonders in dem psychiatrischen Gebiet, viele Menschen, für welche die Bestimmungen des Bischofs Julius noch von größter praktischer Wichtigkeit sind; angefangen von unten bei den Kindern, bei welchen ja das Versicherungs-Prinzip noch gar nicht in Betracht kommt. In den alten Zeiten konnte man auf die Freiplätze bringen viele hirnkranke Kinder, die, ohne Freiplätze, wegen der Kosten hätten in völliger Verkommenheit vegetieren müssen. Und auch dieses ist jetzt ganz zerstört. —

Aber auch viele ältere Hirnkranke müssen jetzt verkommen, weil die Grausamkeit der Stiftungspfleger ihnen die Freiplätze geraubt hat. Wenn nicht die scharfen Drohungen in dem Stiftungsbrief stünden, dann könnte man ja einigermaßen dieses sagen: es hat sich seit

1579 vieles geändert im Armenwesen; und so könnte man bei manchem ein Auge zudrücken. Aber das wesentliche ist jetzt eben dieses: Julius hat gerade das, was jetzt geschieht, auf das allerschärfste verboten. Und auf das schärfste geboten, daß alles nur geschehen dürfe für die Armen dieses Landes. Und die Ärmsten der Armen, für welche nichts reglementiert ist, sind immer noch zahlreich. Und gerade für diese tut die Stiftung nichts mehr. —

Ich stehe aller Politik fern. Aber ich lese einigermaßen Zeitungen. Und wenn ich Zeitungen lese, dann fallen mir bei allen den Gegensätzen, welche mir da entgegentreten, auch immer die Armen des Bischofs Julius ein. Wenn diejenigen, welche dieser „am letzten Tage vor Gott zu verklagen" gedroht hat, sich über diese Drohung lustig machen; dann müssen ihre politischen Gegner ihnen in das Gesicht werfen diese Rede: wenn es euch paßt, kämpft ihr für geheiligte Traditionen; wenn es euch aber nicht paßt, so kehrt ihr euch nicht an sie und verspottet sie. —

Bischof Julius hat auch an die heutige Verwaltung seinen Spruch gerichtet: tibi derelictus est pauper. Das heißt: die Armen sollen sich auf euch verlassen können, die ihr über ihr Schicksal zu bestimmen habt. — Wenn es aber so weitergeht wie jetzt, dann muß man den Spruch so übersetzen: bei euch ist der Arme verlassen, verkauft und verloren. Und wenn politische Gegner dies erfahren, werden sie Konsequenzen ziehen aus diesen Widersprüchen. —

Politik geht mich nichts an und die Leser der grünen Hefte auch nicht. Aber diejenigen, welche den Mund immer wieder so voll nehmen in bezug auf geheiligte Tradtionen; sollen auch den Armen des Bischofs Julius gegenüber konsequent bleiben. Und dies geht auch diejenigen an, welche an der guten Fürsorge, speziell für die Hirnkranken, interessiert sind. —

Einer von den Bureaukraten, die nichts Gedrucktes lesen, hat mir einmal voll Hohn gesagt: ich wolle wohl Oberkurator des Oberpflegamts sein. Ich habe ihm entgegnet: ich kenne die Armen, um die es sich handelt, am persönlichsten und direktesten und nicht bloß aus Akten und Papier. Und wenn die Pflicht gegen sie verletzt wird, so merke und fühle ich das am genauesten. Das war schon vor vielen Jahren. Heute wiederhole ich es mit dem nochmaligen Verlangen: diejenigen, welche das Oberpflegamt dazu zwingen können, sollen bewirken, daß ein genauer gedruckter Bericht öffentlich ausgegeben werde darüber, bis zu welchem Grad sich dem Nullpunkt nähern die Leistungen für die Armen: wie viele vollkommene Freiplätze werden noch

unterhalten für die Armen?, die allein stiftungsgemäß in dem Spital sein dürfen. Und wie viele verbotene Zahlende sind da?

Diese Fragen müßten ein ganz besonderes Interesse haben für die rechtskundigen Bürgermeister der Städte: Würzburg, Schweinfurt, Kitzingen und Kissingen. (Aschaffenburg ist nicht stiftungsberechtigt. Denn es war Mainzisch.) Bisher war aber in diesen vier würzburgischen Städten bei ihren rechtskundigen Bürgermeistern größte Gleichgültigkeit im Verhältnis zu der Stiftung. Wenn das auch nach diesem meinem letzten Versuch so bleibt, dann spendet auch in Zukunft die Julius-Stiftung diesen Städten nicht mehr die Wohltaten, zu denen sie verpflichtet ist. In den kleineren Städtchen und den Dörfern kommt es bei der Fürsorge für die Armen in erster Linie auf die Pfarrer an: katholische und protestantische. Und bei diesen habe ich in den letzten Jahrzehnten immer dieses erfahren: wenn ich aus meiner Initiative ihnen zu einem Freiplatz für einen ihrer Armen geholfen habe, dann waren sie dafür dankbar. Wenn sie aber aus ihrer eigenen Initiative etwas hätten erreichen sollen, dann habe ich immer gefunden, daß ihnen alle Aktivität fehlte, und daß sie alles mit einer Gottergebung trugen, welche ja ganz passend ist gegenüber von Unabänderlichem, welche aber unpassend war gegenüber von den Stiftungspflegern und angesichts des Stiftungsbriefs, den freilich niemand kennt.

Weil ich dieses alles weiß und es doch nicht ändern kann; so muß ich ja selbst am meisten sprechen: es müßte, sozusagen, ein Wunder geschehen, wenn die Stiftung für die Armen noch gerettet werden könnte. Es müßten, statt meiner isolierten Person, die Armenpfleger, die es angeht, auftreten und sagen: Wir lassen uns die Freiplätze nicht rauben. Diese könnten dann zu einer klaren Offenbarung diejenigen zwingen, welche ihrerseits wieder das Oberpflegamt dazu zwingen könnten. Ich glaube aber nicht, daß sie es tun werden. Denn der Widerstand würde hartnäckig und der Kampf schwierig und zeitraubend. Es ist bequemer, das Geld für die Armen aus den Steuern aufzubringen. Es ist unbequem und beschwerlich, diejenigen, die dazu verpflichtet wären, dazu zu bringen, daß sie die Freiplätze für die Armen aufrecht erhalten. Die Steuerzahler aber können nicht so widerspenstig sein wie die Stiftungsverwalter. Deren Respekt vor dem Stiftungsbrief ist völlig geschwunden. Sie werden ihn ja auch nicht mehr lesen. Denn das wäre für ihre Tätigkeit störend.

Ich habe alles Vorstehende nicht in einem Optimismus geschrieben, wie ich ihn im Jahr 1920 noch hatte (s. oben Seite 3 N. 9). Sondern ich wollte nur, besonders den Kollegen, die sich für solche Entwicklungen interessieren, an diesem starken Beispiel zeigen, wie gerade

diejenigen, welche die Tradition heilig halten sollten, sie niedertreten. Und dieselben Leute, welche den heiligen Franziskus aus dem fernen italienischen Assisi wegen seiner Vermählung mit der Armut in vielen Predigten und Zeitungs-Artikeln preisen, haben keinen Respekt mehr vor den Drohungen des Bischofs Julius wegen Beraubung der Armen des eigenen Würzburgischen Landes. —

Eine Ausrede wird diese sein: es gibt keine Armen mehr. Die Armut ist abgeschafft. Die Stiftung hat ihre Objekte verloren. So war es mit dem Aussatz, der Lepra. Es gab Stiftungen nur für Lepröse. Weil es jetzt bei uns keine mehr gibt, so sind diese Stiftungen gegenstandslos geworden. — Aber nun frage ich besonders auch die Psychiater: gibt es auch keine Armut mehr, so wie es keine Lepra mehr gibt? Diese Behauptung wäre offenbarer Unsinn in einer Zeit, in welcher man immer mehr Klagen hört über die Zunahme der Armenlasten. Die Stiftungen für Arme und Waisen haben noch viele Objekte. Und deshalb hätten vor allem diejenigen, welche in dem Würzburgischen Lande für die Armen zu sorgen haben, allen Grund dazu, daß sie die Vernachlässiger unablässig erinnerten an die Drohungen des Bischofs Julius gegen diejenigen, welche sich der Armen nicht annehmen und „Gott in diesen seinen Gliedern verachten“. —

„Die Glieder Gottes“ ist ein bemerkenswerter Ausdruck des Bischofs Julius für die Armen. Wer für die Armen sorgt, der dient Gott; das ist ja alte christliche Lehre, auch schon lange vor Franziskus. Jetzt sind aber solche, die sich an diese Lehre halten sollten, so geworden, daß sie die Pflichten gegen die Armen nicht bloß gewissenlos versäumen sondern auch noch frivol dazu spotten. —

Viele Menschen sind auch heute noch nicht „versichert“, vor allem nicht Kinder und Waisen, welche Bischof Julius seinen Nachfolgern besonders an das Herz gelegt hat. Und es gibt auch viele erwachsene Arme ohne Versicherung. Und so bleibt es gegenüber von vielen Armen auch nach 350 Jahren noch bei der Verpflichtung aus dem Jahr 1579; und jetzt vor allem bei der Pflicht der Feststellung: bis zu welcher Annäherung an Null geht der jetzige Ungehorsam gegen den Stiftungsbrief?

Dixi et salvavi animam meam. Wenn sich außer mir niemand für die Beantwortung dieser Frage interessiert, so habe ich doch jetzt auch meinen psychiatrischen Kollegen die Lage enthüllt und kann ruhig sterben (s. oben S. 19). Ob dann mit meinem Ende auch das völlige Ende der Fürsorge für die Armen des Bischofs Julius kommt? das wird davon abhängen: wird sich jemand finden, der nicht bloß den Willen hat (wie ich) sondern auch die Macht (wie ich nicht), welche

dazu nötig ist, daß die Armen wieder zu dem Ihren kommen? Wird den Armen dieses Landes noch ein Retter entstehen? Oder wird es heißen?: es gibt keine Armen mehr. Wenn mich auch die Politik sonst wenig berührt und interessiert; soviel kann ich doch erkennen: Den Kommunisten passen am wenigsten die Armen als „Glieder Gottes“. Bei den Kommunisten soll es überhaupt keine Armut mehr geben. Und in dem Julius-Spital auch nicht. Wenn ich diese sonderbare Übereinstimmung betrachte, so tut es mir leid, daß ich nicht erleben kann, wie das endigen wird. Denn es würde mich interessieren. — Das französische Sprichwort sagt: qui vivra verra. Ich kann es aber nicht erleben und kann deshalb auch nicht sehen, wie es um das Jahr 1950 geworden sein wird. Werden die geistlichen Anonymi da auch noch frivol sein können? Oder werden sie sprechen müssen: es war unklug, des Bischofs Julius zu spotten. —

Als der Herr Kollege *Ilberg* mein Manuskript gelesen hatte, meinte er, es gehöre noch dazu ein Bild des Fürstbischofs Julius. Darauf wählte ich dieses, welches den vielen Kollegen, die in Würzburg studiert haben, besonders bekannt ist. Denn das Denkmal steht gerade vor dem Julius-Spital. Der König Ludwig I. hat es im Jahr 1847 kurz vor dem Ende seiner Regierung errichtet. Im Jahr 1876 hat dann der damalige Pfarrer des Spitals bei dem 300jährigen Jubiläum vor diesem Denkmal dieses gesprochen:

„Dir, großer Fürstbischof, erhabener Julius, sagen wir, voll Ehrfurcht auf dein blumenbekränztes Bild hinblickend, tausendfachen Dank.“—

In dem gedruckten Bericht schließt sich noch an eine energische Diatribe gegen jede Veränderung der Stiftung. Und sogar der griechische Tragiker *Euripides* wird zitiert in dieser Weise:

Wem, der es gelesen, fällt nicht das Wort des Dichters hier ein?
„Weit besser ist's, unrühmlichen Sieg zu verschmäh'n
Als mit Gewalt und Haß zu verletzen das Recht,
Zwar im Augenblick ist es wonnig im Herzen,
Aber welkt mit der Zeit
Und dorrt und gedeiht zu Schand und Schimpf. —
Solch ein Wandel gefällt, dies Leben erwählt ich mir:
Nie wider Recht und Pflicht im Haus
Irgend welche Macht zu üben“. *Euripides Andromache 736.*

So hat also im Jahr 1876 der Pfarrer sogar noch an die griechische *Adikia* erinnert, und daß sie „gedeiht zu Schand und Schimpf“. Und mit diesem Gedanken stehe auch ich vor der ehrwürdig mahnenden Gestalt des Denkmals.

Rhythmische Gymnastik als Hilfsmittel bei der Beschäftigungstherapie weiblicher Patienten[1]).

Von
Dr. Heinrich Peters, Assistenzarzt.

Vor mehr als einem Jahre haben wir auf einigen Häusern der Frauenabteilung der Heil- und Pflegeanstalt Berlin-Buch eine Unterrichtsstunde für rhythmische Gymnastik eingerichtet.

Das Bedürfnis nach einem therapeutischen Hilfsmittel in Form einer möglichst lustvollen und zugleich hygienischen Beschäftigung der Kranken hatte uns dazu geführt, zunächst Freiübungen und Turnspiele machen zu lassen. Schon diese Beschäftigung war in mancher Hinsicht viel wirkungsvoller als andere Arten der „Arbeits-Therapie". Dennoch gelang es nicht, alle Kranken damit zu erfassen und genügend auf sie einzuwirken. Wir suchten also weiter und richteten vor einem Jahr Kurse für rhythmische Gymnastik ein. Wir sahen sehr bald, daß wir damit etwas außerordentlich Wertvolles gefunden hatten. Diese Kurse bilden jetzt den Kern unserer Leibesübungen und der gesamten Beschäftigungstherapie.

Zunächst sei einiges über die gymnastischen Übungen und den Verlauf einer Stunde gesagt. Die Kranken werden in Gruppen von 10—20 unterrichtet. Als Raum dient ein großer freundlicher Saal, in dem ein Klavier steht. Der Anzug ist ein lockerer farbiger Kittel, den sich die Patientinnen selbst genäht haben.

Die Übungen dienen den verschiedensten Zwecken. Sie wecken z. B. rhythmisches Empfinden. Nach Gongschlägen oder Akkorden geht es im Kreise, bald schnell, bald langsam, bei lauten Schlägen vorwärts, bei leisen rückwärts. Dabei bricht große Freude aus, wenn das Tempo immer wachsend von einem langsamen Rhythmus in ein atemloses Stakkato übergeht.

Wieder andere Aufgaben wenden sich an das Ausdrucksvermögen und die Phantasie. Jede Patientin soll gehen, wie es ihrer Stimmung

[1]) Aus der Heil- und Pflegeanstalt Berlin-Buch (Direktor: Dr. *Werner*, Dirigierender Arzt der Frauenabteilung: Prof. Dr. *Seelert*).

entspricht und einen eigenen Ton dazu summen oder zu einem Gongschlag einen besonderen Sprung machen. Diese einfachsten Aufgaben führen in steigender Reihe zum Tanz.

Zur Übung der gegenseitigen Einfühlung und Anpassung dient etwa folgendes: Ein gleichzeitiges Laufen auf sehr engem Raum mit der Angabe, immer nach dem leeren Platz zu streben oder eine ganz bestimmte Kurve zu verfolgen.

Dann wieder werden sehr ernsthaft und kunstgerecht Muskelübungen betrieben. Es gibt Aufgaben zur Förderung der Atembewegung, zur Kräftigung der Bauchmuskeln, zum Aufbau einer guten organischen Haltung. Die Schülerinnen helfen sich gegebenenfalls bei ihrer Ausführung. Die Grundlage zu solchen Muskel — und Haltungsübungen ist wiederum, daß man schon versteht Muskelgruppen isoliert anzuspannen und Mitbewegungen anderer Gruppen auszuschalten und überhaupt Spannung und Lockerung des Körpers willkürlich herbeizuführen. Die Gliedmaßen werden in den Gelenken geschüttelt, bis sie entspannt wie ein Pendel bewegt werden können; und man pflegt sich nach angestrengten Übungen zu erholen, indem man die Spannung „ausschüttelt."

An den Kursen nahmen Patienten verschiedener Art teil. Die Schizophrenen boten dem Unterricht größere Schwierigkeiten und erfordern wegen ihrer mannigfachen Eigenarten eine besondere Besprechung. Das Verhalten der Nicht-Schizophrenen sei an einigen typischen Gruppen zunächst beschrieben.

Die Erregbaren bilden einen sehr schwierig zu behandelnden Teil der Patienten. Unberechenbar geraten sie aus geringem Anlaß in wüste Erregungszustände, in denen sie sich zu maßlosen Zerstörungen, hemmungslosen Selbstverletzungen hinreißen lassen und gänzlich unbeeinflußbar sind. Ihrer Labilität wegen sind sie schwer zur Konsequenz zu veranlassen. Man begnügte sich vielfach, sie lediglich zu verwahren, und sah sich gezwungen, sie durch Zwangsmaßnahmen in Zaum zu halten. Aber diese alte Methode konnte die Zerstörungswut und die Selbstverletzungen weder verhindern noch eindämmen.

Es gelang im allgemeinen leicht, diese Patientinnen zur Teilnahme an der Gymnastik zu gewinnen. Aber sie waren zuerst sehr laut, unterhielten sich ungeniert, störten durch ihr albernes Gelächter und begannen angeregt durch die Musik sich hemmungslos auszutoben. Sehr oft gab es Zank und Streit, wenn eine die andere bei den Übungen zufällig anstieß. Eine Ermahnung der Lehrerin rief auch wohl Trotzreaktionen hervor, jedoch kam es niemals zu den groben Ausschreitungen, die man von der Station gewöhnt war. Das lag offenbar daran,

daß ihnen die Gymnastikstunde von Anfang an große Freude machte und sie die Übungen fortsetzen wollten. Später benahmen sich diese Patientinnen in der Stunde ruhig und geordnet. Sie waren aufmerksam und gaben sich Mühe, die Übungen so zu machen, wie es verlangt wurde. Auf der Station konnten sie jetzt auf offenen Abteilungen gehalten werden.

Die expansiven Patienten mit ihrem gesteigerten Beschäftigungsdrang fanden in der Gymnastik eine willkommene Befriedigung ihrer motorischen Bedürfnisse. Trotzdem ihr gesteigertes Selbstbewußtsein und ihre Ablenkbarkeit einige Erziehungsschwierigkeiten verursachten, gelang es doch bald, sie insbesondere durch anstrengende Übungen zu disziplinieren und zu konzentrierter und ausdauernder Arbeit zu veranlassen. Auch an den Tagen, an denen kein Unterricht in Gymnastik erteilt wurde, beschäftigten sie sich anhaltend mit Übungen. Die gute Laune, in die sie die rhythmische Gymnastik versetzte und in der sie sie erhielt, wirkte sich auch im besseren Einvernehmen mit den Mitpatienten aus. Ihre Reizbarkeit nahm ab, und auch die Querulanten unter ihnen ordneten sich besser ein. Akute Manien haben wir nicht zugezogen.

Am auffälligsten zeigten die Depressiven den bessernden Einfluß der Gymnastik. Akute endogene Depressionen und klimakterische Melancholien haben nicht teilgenommen, dagegen abklingende Depressionen, depressive Konstitutionen und Reaktionen aller Art. Diese Patientinnen, die meistens schwer unter dem Massenbetrieb der Anstalt leiden aber für jede individuelle Behandlung sehr dankbar sind, überwanden verhältnismäßig schnell ihre Scheu vor der Ungewöhnlichkeit der Kleidung, der Sache und anderem und beteiligten sich gern, während sie jede andere Beschäftigung bis dahin häufiger abgelehnt hatten. Ihr Verhalten in der Stunde war recht verschieden. Bei wenig Gehemmten war die Stimmungsbesserung von vornherein ausgesprochen. Auch konnten sie, wies es erstrebt wurde, im Verlauf der Stunde ohne große Schwierigkeiten zu einer hypomanischen Beweglichkeit gebracht werden. Es gelang durch lösende Rhythmen eines Gesellschaftstanzes, Laufübungen oder anderes schnell die vorhandenen Hemmungen zu beseitigen. Später war die Art der Übungen gleichgültig und therapeutisch wertvoller die Harmonie der übenden Gruppe. Es war wichtig, nicht höhere Anforderungen zu stellen, als der Einzelne zu leisten imstande war, und dabei zeigte sich, wie leicht die Gymnastik jeder Persönlichkeit angepaßt werden konnte. Schwergehemmte gelang es durch die gleichförmigen energischen Anregungen eines straffen Rhythmus in Bewegung zu setzen. Im Ver-

lauf der Stunde schwanden auch bei diesen Patientinnen die Hemmungen sichtlich und die Bewegungen wurden freier. Bei einer Exploration nach der Stunde zeigten sie sich psychisch weitgehend gelockert und waren z. T. vorübergehend hypomanisch. Gegen Geschicklichkeitsübungen mit den damit verbundenen grotesken Körperstellungen verhielten sie sich anfangs recht ablehnend und bevorzugten auch später deutlich rhythmische Übungen.

Die Wirkung überdauerte die Stunde. Es war erstaunlich zu sehen, wie schnell depressive Reaktionen abklangen. Häufig kamen Patienten schon in der ersten Stunde aus reaktiven Verstimmungszuständen heraus. Hypochondrische vergaßen bald ihre Beschwerden, die Zaghaften, die in der Stunde die kompliziertesten Übungen wagten, bekamen größeres Selbstvertrauen. Scheue gaben ihre Zurückhaltung auf, Mißmutige und boshaft Unfrohe begannen sich mit dem Anstaltsleben abzufinden und sozialer zu werden. Alle wurden geselliger und froher und fingen auch an anderer Stelle gern und konsequent zu arbeiten an.

Bei den Schwachsinnigen hatte die Gymnastik häufig noch erzieherische Erfolge und konnte eine bessere Anpassung an die Umgebung herbeiführen, als ohne sie erreicht war. (Denn die rhythmische Begabung ist weitgehend unabhängig vom Intellekt.) Abgesehen von einigen Idioten zeigten Schwachsinnige bei unseren Übungen keine motorische Ungeschicklichkeit. Auch bei hochgradig Schwachsinnigen fanden wir eine große körperliche Gewandtheit und Ausdrucksmöglichkeit. Durch die Entwickelung dieser Begabung und Erziehung der motorischen Befähigung erfolgte eine Gesamterziehung. Viele dieser Patienten lernten dadurch, sich zu beherrschen und einzuordnen. Ausdauer zu haben u. a. m.

Die Freude bei ihnen war groß, weil die durch die Gymnastik geweckten Lustgefühle sich in ihrer primitiven Seele natürlich sehr auswirkten. Vor allem machten sie gern Geschicklichkeitsübungen und konnten hier häufiger Triumphe feiern, die ihnen sonst immer versagt waren. Primitivreaktionen, Unlustgefühle, Verstimmungen traten während der Stunde niemals auf und wurden auch außerhalb der Stunde seltener. Eine Störung verursachten selbst diejenigen nicht, welche die Kommandos nicht erfassen konnten, weil sie bald eine erstaunliche Nachahmungsfähigkeit entwickelten.

Es war bei vielen unserer Hysterischen nicht möglich, sie für die Gymnastik zu gewinnen und aus der Rolle der Leidenden herauszulocken. Nur die Sensationslüsternen von ihnen drängten sich zur Unterrichtsstunde, neigten aber sehr dazu, sich zurückzuziehen, wenn

sie sich nicht genügend auszeichneten. Immerhin konnten einige von ihnen infolge guter rhythmischer Begabung ihren Ehrgeiz genügend befriedigen. Bei diesen war es meistens möglich, sie zu konsequenter Arbeit zu erziehen, auch außerhalb der Gymnastik-Stunde. Auch begingen sie keine demonstrativen Handlungen mehr. Ein Teil konnte noch durch Einzelunterricht für die Allgemeinstunde gewonnen werden. Gegen solchen Einzelunterricht hat sich niemals jemand gesträubt, weil er als eine zu große Auszeichnung angesehen wurde.

Die Hebung der Stimmung trug sicher dazu bei, den Gesundheitswillen in vielen Fällen zu stärken.

Zusammenfassend müssen wir als Hauptwirkung der Gymnastik auf alle Nichtschizophrenen die Hebung der Grundstimmung bezeichnen. Die rhythmische Gymnastik ist dem Patienten eine angenehme Beschäftigung, die viele Bedürfnisse befriedigt. Vor allem macht die Weckung des Körpergefühls und die Lösung unzweckmäßiger Innervationen starke Lustempfindungen. Jede Bewegung, das Atmen und Gehen, wird bewußt erlebt und genossen. Andererseits werden Geschicklichkeitsübungen sehr gern gemacht, einige Kranke erleben die Freude der Ausdrucksgestaltung und vielen ist die gemeinsame Beschäftigung erwünscht.

Da die Gymnastik so viel Freude macht, unterwerfen sich die Patienten gern ihrer strengen Körpererziehung. Dadurch wird es möglich, sie systematisch zur Aufmerksamkeit, Ausdauer, Selbstbeherrschung und geordnetem Benehmen zu erziehen und sie damit ernsthafter Arbeit auch auf anderen Gebieten zugänglich zu machen. Es gelingt, die soziale Anpassung weitgehend zu fördern. Die Einstellung auf die Aufgabe, die Musik und die anderen, die an den Übungen teilnehmen, bewirken eine zunehmende Verfeinerung des Gefühlslebens, des Einfühlungs- und Anpassungsvermögens und die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Anpassung wird bei den gemeinsamen Übungen jeden Augenblick erfahren. Die leicht eintretende starke gefühlsmäßige Bindung des einzelnen an die Gruppe begünstigt diese Einordnung sehr.

Die gut anhaltende Gesamtwirkung der Gymnastik auf diese Kranken zeigt sich bald im Stationsleben; alle diese vorher so asozialen Elemente bereiten allmählich immer weniger Schwierigkeiten, werden freundlicher und umgänglicher und sammeln sich aus eigener Initiative mit anderen Kranken in kleinen Beschäftigungsgruppen. Das Gemeinschaftsleben erfährt infolge der Gymnastik eine therapeutisch sehr erwünschte Förderung.

So selbstverständlich die Erfolge der Gymnastik bei diesen

Kranken schienen, so fraglich war es, ob sich mit Schizophrenen überhaupt regelrechte Stunden würden durchführen lassen.

Die Stumpf-Dementen konnten jedoch sehr leicht zur Teilnahme an der Gymnastik gebracht werden. Es handelt sich um Patienten, die für die Arbeitstherapie ungeeignet sind, da sie dauernder Aufmunterung zur Arbeit bedürfen. Sie lassen sich, wenn man sich nicht ständig um sie kümmert, gänzlich verkommen. Die eigene Initiative ist weder durch „Bestrafungen" noch „Belohnungen" zu erwecken. Bei diesen Patienten erlebten wir selbst in schweren Fällen keinen Mißerfolg, sie waren auch hier während der ersten Stunden recht stumpf, hörten mitten in einer Bewegung auf und mußten stets besonders aufgefordert werden. Sie waren sehr unaufmerksam, sowohl gegenüber der Musik wie gegen sprachliche Aufforderungen. Bald jedoch traten bei ihnen Affektreaktionen auf, z. B. deutliche Äußerung von Freude. Mienenspiel und Gebärden wurden lebhafter und lebendiger, die Bewegungen ausdrucksvoller, die Affekte adäquater und zunehmend modulationsfähig. Es gelang einzelnen während der Stunde, oft überraschend fein die eigenen oder in der Musik gegebenen Empfindungen im freien Tanz darzustellen. Auch bei anderen Gelegenheiten erzielte man bald häufiger adäquate Affekte. Die Aufmerksamkeit nahm zu. Die erwachte Initiative äußerte sich zunächst darin, daß die Patienten unter den Übungen auswählten, indem sie die leichteren mitmachten und sich bei schweren aus den Reihen entfernten. Ihre Tendenz, die Übungen recht gut zu machen, war bald deutlich erkennbar.

Nicht alle dieser Patienten konnten gleich an der gemeinsamen Stunde teilnehmen, aber es gelang, die übrigen durch Einzelunterricht vorzubereiten.

Die zweckmäßigsten Übungen waren im Anfang gleichförmige Geh- Lauf- und Bewegungsübungen, später richteten sie sich nach der bald erkennbaren gymnastischen Begabung der präpsychotischen Persönlichkeit.

Das Verhalten dieser Kranken nach der Stunde war deutlich beeinflußt. Die verwahrlosesten Fälle konnten aus dem Bett genommen und einer anderen Beschäftigung zugeführt werden. Sie selbst suchten jetzt häufiger aktiv die Gesellschaft der übrigen auf.

Die Hebephrenen waren weit störender und schwerer zu beeinflussen. Sie störten besonders durch ihr Lachen, durch ihre frechen Bemerkungen und Ungezogenheiten, manche hatten zunächst deutlich die Tendenz, die Stunde durch Schabernack zu stören. Dabei waren sie keiner Ermahnung zugänglich. Gleichwohl konnten sie einigermaßen eingeordnet werden. Schon sehr bald unterließen sie Be-

lästigungen der übenden Gruppe und verhielten sich sprachlich ruhig, aber es war sehr schwer, ihre Tendenz, durch groteske Bewegungen die anderen zum Lachen zu reizen, zu unterdrücken. Das gelang indes immer durch konsequente Nichtbeachtung. Die läppische Grundstimmung machte einer lebendigeren freudigen Stimmung Platz. Auch diese läppisch Verblödeten wurden häufig durch Einzelunterricht auf die Stunden vorbereitet.

Die Katatonen beanspruchten naturgemäß unser größtes Interesse. Sie mußten im allgemeinen mit gelindem Zwang zur ersten Stunde geführt werden. Dann zeigte sich häufig, daß selbst Negativistische befehlsautomatisch gehorchten. Die übrigen, die nicht sofort einzuordnen waren, ließen wir einige Stunden schon im Turnanzug zusehen. Die Freude an dem Schauspiel äußerte sich von Anfang in ihren Mienen. Sie wurden aufmerksam und begannen, sich im Rhythmus der Musik zu bewegen. Sobald diese Reaktion beobachtet wurde, ließen wir eine solche Patientin von zwei anderen, die vorher instruiert waren, in die Reihe holen. Auch ganz renitente und stuporöse machten dann häufig schwierige Übungen mit, als sei es das Natürlichste von der Welt.

So gelang es, Stuporzustände abzubrechen, eine Beobachtung, die gelegentlich bei Milieuänderungen gemacht wird. Es kam darauf an, den Zeitpunkt zu finden, wo die Bettbehandlung aufgegeben werden konnte. Wir glauben die Beobachtung gemacht zu haben, daß Stuporzustände sich der Gymnastikbehandlung zugänglich erwiesen haben, wenn jede andere Therapie unwirksam war.

Sperrungen wurden während der Übungen selten beobachtet und traten auch bei solchen Patienten, die dieses Symptom häufiger boten, wenig in Erscheinung.

Bei Kranken mit hyperkinetischen Zuständen war die Freude an der Stunde sehr ausgesprochen. Die Einordnung gelang am leichtesten durch anstrengende Übungen, die ihrer motorischen Unruhe zunächst einigen Spielraum ließen. Sie machten dann bald alle anderen Übungen mit und äußerten nach der Stunde spontan, daß sie sich ruhiger und irgendwie befreit fühlten. Schwierigkeiten machten die schweren Grade der Hyperkinese. Wir hatten deshalb das Prinzip, immer nur eine solche Patientin in eine schon eingeübte Gruppe aufnehmen. Die Anregung durch die Gymnastik war oft sehr groß. Es war darum besonders wichtig, solche Patienten am Schluß der Stunde müde zu machen. Fortsetzung der gymnastischen Übungen auf der unruhigen Station wurde niemals gestattet, da sonst die erreichte Disziplinierung leicht hinfällig werden konnte.

Stereotypien wurden verhältnismäßig leicht unterdrückt, schwie-

riger Manieren. Die Patientinnen, bei denen Manieren im Vordergrund des Krankheitsbildes standen, behielten lange Zeit die Neigung, die Bewegungen irgendwie abzuändern, und einige mußten deswegen von der Stunde ausgeschlossen werden. Bei den allermeisten aber gelang es, annähernd normale Bewegungen zu erzielen.

Auch nach der Stunde blieb der einmal erreichte Zustand allmählich erhalten.

Akute Erkrankungen, bei denen Wahnbildungen im Vordergrund des Krankheitsbildes standen, konnten in jedem Stadium an der Gymnastik teilnehmen, auch wenn sie wegen ihrer Unruhe bettlägerig und zu keiner Beschäftigung heranzuziehen waren. Die Arztbedürftigen von ihnen wurden ohne Schwierigkeit der Gymnastik zugeführt, andere fanden eine erwünschte Ablenkung und Beruhigung ihrer oft ängstlichen Erregung und kamen spontan. Einige Ratlose und Ängstliche, bei denen die Teilnahme an der Stunde ungünstig und verwirrend wirkte, mußten ausgeschlossen werden. Die übrigen nahmen regen Anteil, wurden ruhiger und kamen von ihren Wahnvorstellungen weitgehend los. Besonders die halluzinatorisch Abgelenkten zeigten, daß die Übungen die ganze Aufmerksamkeit in Anspruch nahmen und Sinnestäuschungen wurden im Gegensatz zur mechanischen Arbeit, die bekanntlich wenig ablenkt und Halluzinationen häufiger noch vermehrt, sehr selten beobachtet und von den Kranken angegeben. Allmählich waren auch die Abgesperrten in und nach der Stunde weitgehend auf die Anderen eingestellt und recht zugänglich. So wurde es in den meisten Fällen möglich, den Kontakt der Kranken mit der Umwelt herzustellen, zu festigen und zu erhalten und ihnen einen starken Halt gegenüber ihren krankhaften Erlebnissen zu geben. Akute Erkrankungen konnten deswegen früher als sonst aus dem Bett genommen und noch einer anderen Beschäftigung zugeführt werden, und bei vielen wurde es möglich, die therapeutisch wertvolle Bettbehandlung fortzusetzen, ohne daß man jetzt eine Abkapselung und andere Nachteile hätte fürchten brauchen.

Die überlegene antiautistische Wirkung der Gymnastik erwies sich auch bei älteren paranoiden Schizophrenien. Von diesen konnten die Pseudo-Vornehmen, die jede andere als künstlerische Beschäftigung ablehnten, leicht für die Gymnastik gewonnen werden. Das erscheint infolge der ästhetisch guten Form unseres Gymnastikbetriebes erklärlich. Andere Kranke wurden von irgend einer anderen Seite her erfaßt, sei es, daß die Musik oder die Lust an körperlichen Übungen sie verlockte, mitzumachen.

Es gelingt also überraschend leicht, Schizophrene aller Arten und

Grade zur ständigen Teilnahme an den gymnastischen Übungen zu bewegen. Dazu tragen folgende Wirkungen bei:

Es werden niemals bei geschicktem Vorgehen negativistische Affekte ausgelöst. Obwohl die Übungen in denkbar großem Maße ihren Autismus bekämpfen, werden sie dennoch von den Kranken nicht als Störungen empfunden, und bei vielen, die auf jeden Versuch sprachlicher Annäherung mit heftigen Erregungszuständen reagieren, gelingt die Einordnung in den Gymnastikunterricht ohne Schwierigkeiten.

Die Gymnastik versetzt die Schizophrenen leicht in einen Zustand erhöhter Beeinflußbarkeit, so daß sie passiv und befehlsautomatisch alle Bewegungen der anderen nachmachen und allen Anordnungen folgen. Auch die Arbeitstherapie hat einen Teil ihrer Erfolge diesem katatonen Krankheitssymptom zu verdanken und vermag dadurch die Kranken gelegentlich zu einer beliebigen Tätigkeit zu veranlassen. Aber die suggestive Wirkung der nach Musik sich bewegenden Gruppen ist stärker, erfaßt eine sehr große Zahl der Patienten und übersteigt alles bis dahin Bekannte.

Darüber hinaus weckt die Gymnastik das aktive Interesse der schizophrenen Frauen, und dadurch wird eine wirkliche Erziehung möglich. Es zeigen sich deutliche Affektreaktionen, spontane Äußerungen von Freude und der Trieb, die Übungen nach Vorschrift zu machen. Diese affektive Ansprechbarkeit durch die Gymnastik ist verständlich aus der großen Rolle, die Körpergefühle bei Schizophrenen spielen. Die allgemeinen Körpergefühle sind auch bei anscheinend total Verblödeten vorhanden, leicht zu erregen und ihre Erweckung ist allen sehr erwünscht. Ferner bringt die Befriedigung motorischer Bedürfnisse besonders hyperkinetischen Kranken und die Ablenkung auch vielen anderen Kranken eine begehrte Beruhigung.

Die Erfolge der systematischen Erziehung der Schizophrenen sind kurz zusammengefaßt folgende:

Die Kranken werden lebendiger und bekommen innere Beziehungen zur Umwelt. Sie sind auch äußerlich sozialer. Sie werden aufmerksamer, haben mehr Initiative und lernen es schnell, mannigfache Krankheitssymptome weitgehend zu unterdrücken und ihr Verhalten dem normalen anzugleichen. Auch sonst Unzugängliche können durch sie der Exploration zugänglich gemacht und viele einer anderen Beschäftigung zugeführt werden, bei denen jeder derartige Versuch bis dahin ohne Erfolg war.

Diesen Vorzügen stehen nur geringe Nachteile gegenüber. Für einige Unruhige wird die Anregung durch die Stunde leicht zu groß

und andere würde es verwirren, wenn man sie zu sehr den starken Eindrücken der Gymnastik aussetzen würde. Aber diese Gefahren sind durch Auswahl geeigneter Übungen zu vermeiden.

Die therapeutische Wirkung der Gymnastik ist gegenüber anderen Beschäftigungsarten bei Frauen eine weit intensivere. Sie ermöglicht individuellste Behandlung und ist nach jeder Richtung hin, je nach den Ansprüchen, die an die körperliche Gewandtheit, an Tempo, Einfühlungs-, Ausdrucksvermögen und anders mehr gestellt werden können, abstufbar. Sie kann sich jedem Charakter, jedem Alter und jeder seelischen Störung anpassen und ist immer von größtem erzieherischen Einfluß. Natürlich kann sie schon infolge der Masse unserer Kranken die mechanische, gleichförmige Beschäftigung nicht ersetzen, aber sie ist eine wertvolle und notwendige Ergänzung.

Es ist selbstverständlich, daß die Stunde immer in Gegenwart eines Arztes abgehalten werden muß, und notwendig, daß sie von einer in rhythmischer Gymnastik ausgebildeten Lehrerin gegeben wird. Bei dem großen Interesse, das auf seiten der Gymnastiklehrerinnen für eine derartige Arbeit besteht, ist es nicht schwer, eine geeignete Persönlichkeit zu finden. —

Krankengeschichten.

1. Gisela D., 28 jährig. Pastorentochter. Präpsychotisch intelligent, mit vielseitigen Interessen, künstlerisch begabt, zutraulich. 14 jährig Charakterveränderung mit zunehmender Apathie. 17 jährig akute Psychose, in der sie gelegentlich verworrene Ideen äußerte und stumpf zu Bett lag. Nach leichter und kurzer Besserung wieder vollkommene Interessenlosigkeit. Häufige Wutanfälle. 20 jährig (1920) Aufnahme in unsere Anstalt. Bei der Aufnahme blöder Gesichtsausdruck, lacht albern, spricht sinnlos. Im Laufe der Jahre zunehmende Affektstumpfheit, liegt dauernd zu Bett, spricht gar nicht, ist unsauber und nimmt stark an Gewicht zu.

Oktober 27: Liegt stumpf zu Bett, Affektäußerung nur auf das Essen, das sie gierig verschlingt. Schmiert mit Kot, läßt unter sich. Auf Fragen stereotypes Grinsen, gelegentlich beziehungslos zerfahrene Antworten. Bei Aufforderungen befehlsautomatisch oder negavistisch, ist indessen nicht zu bewegen, aufzustehen.

Dezember 27: Es gelingt, sie zum Aufstehen zu bewegen, jetzt sehr reizbar, häufige Erregungszustände, indem sie Kranke ohrfeigt und alles, was sie erreichen kann, zertrümmert, sitzt im übrigen stumpf auf der Bank, ist zu keiner Tätigkeit zu veranlassen. Tägliche systematische Anregungen mit Hilfe einer anderen Patientin. Zunächst ohne sichtbaren Erfolg. Teilnahme an einer Gymnastikstunde: Macht gleich mit, ist aber sehr unaufmerksam, es ist unmöglich, sie zu fixieren. Sie hört nicht auf die Musik, sondern macht einzelne Bewegungen der anderen nach und verharrt dann bei dieser Bewegung. Sie stört noch mehr durch ihr gellendes Lachen.

Januar 28: Sie bekommt deshalb Einzelunterricht. Kein Widerstand. Sie ist ganz befehlsautomatisch und initiativlos, hört mitten in der Bewegung auf, wenn sie nicht immer wieder aufgefordert wird, ist aber bei leichteren Übungen zunehmend aufmerksamer. Bald war sie soweit gefördert, daß sie am Allgemeinunterricht teilnehmen konnte. Machte alle Übungen mit, entfernte sich bei schwierigen Übungen aus der Reihe. Nach 2monatlicher Teilnahme hat sie sich dort vollkommen eingeordnet. Sie achtet genau darauf, ihre Bewegungen der Musik anzupassen, wobei sie nicht einfach die übrigen Patientinnen nachahmt, sondern aktiv auf die Musik hört. Ihre Bewegungen sind ausdrucksvoller. Ist sie im Anfang der Stunde noch sehr mürrisch, so gerät sie bald in eine deutliche freudige Stimmung und ist sehr zutraulich. Außerhalb der Stunde ist sie immer sehr initiativarm. Auch die Sprache hat sich nicht gebessert, aber sie ist viel lebendiger, hat ein lebendiges Mienenspiel bekommen, geht mit anderen spazieren, ist zu jeder Beschäftigung zu bewegen. Sie spielt jetzt z. B. bei gemeinsamen Singabenden auf der Geige vor, wobei sie sich ganz auf die Singenden einstellen kann. Innerhalb unserer Gemeinschaft ist sie sozial. Daß diese Änderung des Charakters und Verhaltens zum größten Teil ein Erfolg der Gymnastik ist, das geht daraus hervor, daß diese Änderung immer zuerst und zunehmend während der Gymnastikstunden sichtbar wurde.

2. Amanda K. 23 jährig, Arbeiterfrau, wurde in stuporösem Zustand übernommen aus einer anderen Anstalt. Sie lag mit bekümmertem Gesichtsausdruck zu Bett, gab auf Fragen mit müder tonloser Stimme kurz Antwort, es war nicht möglich, eine ordentliche Auskunft über ihren Zustand von ihr zu bekommen. Der Zustand war wochenlang unverändert, bis sie an der ersten Gymnastikstunde teilnahm. Schon während der Stunde trat eine auffällige Umwandlung ein, eine gehobene Stimmung und beweglichere Mimik. Nach einigen Stunden bat sie, außer Bett bleiben zu dürfen, wurde heiter und gesellig und beschäftigte sich spontan in der Nähstube. Sie konnte bald darauf entlassen werden. Sie selbst führte die plötzliche Besserung ihres Zustandes auf die große Freude an der Gymnastik zurück.

3. Anna Sch., 28 jährig, Dienstmädchen. Lag abweisend mit blasiertem Gesichtsausdruck zu Bett, hatte massenhafte Halluzinationen, Verfolgungs- und Größenideen. Häufigere motorische Erregungen und reaktive Wutausbrüche. Während sie niemals zum Aufstehen zu bewegen war, folgte sie gleich der Aufforderung zur Gymnastikstunde und nahm teil. Zuerst sehr unaufmerksam, motorisch unruhig. Zahlreiche parakinetische Bewegungen. Äußert spontan große Freude, verlangt energisch, weiter teilzunehmen. Außerhalb der Stunde zunächst unverändert. Sehr bald ordnete sie sich während der Stunde ein, war nach der Stunde sehr zugänglich und gab willig Auskunft. Äußerte bald spontan den Wunsch aufzubleiben und sich zu beschäftigen. Mußte später vorübergehend wegen starker motorischer Erregung wieder ins Bett gelegt werden. Sie nahm auch dann dauernd an der Gymnastik teil, blieb gut ansprechbar.

4. Anna G. 25 jährig, Dienstmädchen. Dämmerte im Bett vor sich hin. Ganz zerfahren, gab nur beziehungslose Antworten. Iniativlos, befehlsautomatisch, stand auf Aufforderung aus dem Bett auf, war aber zu keiner Beschäftigung zu gebrauchen. Zur Gymnastikstunde geführt,

machte sie gleich mit. Äußerte spontan: Gymnastik, das ist sehr nett. Während der ersten Stunden häufiger unaufmerksam und abgesperrt, wiegte sich gern rhythmisch nach dem Takte der Musik, konnte nicht fixiert werden. In den weiteren Stunden viel aufmerksamer, machte viele Übungen richtig mit, obgleich sie immer wieder besonders aufgefordert werden mußte. Nach der Gymnastik immer sehr aufgeschlossen und gesprächig, ergreift andere Patienten bei der Hand, tanzt und spricht mit ihnen; eimal regte sie die Patientin ihrer Abteilung an, Volkslieder zu singen. Beschäftigt sich jetzt regelmäßig in der Schälküche, verhält sich vollkommen geordnet und ist gut ansprechbar.

5. Minna K. Stütze. 34 jährig. Zahlreiche Manieren und Stereotypien. Gelegentlich Erregungszustände und so reizbar, daß sie bei jedem Versuch der Exploration aggressiv wurde. In einer solchen Verfassung wurde sie zur Gymnastikstunde geführt. Zeigte gleich große Freude, die Reizbarkeit wich sofort einer versöhnlichen Stimmung; — während der Gymnastikstunde hatte sie anfangs große Schwierigkeiten., den Anordnungen zu folgen und ihre motorischen Störungen zu beherrschen, was ihr indessen bald gelang. Sie äußerte später darüber: „ich machte immer Bewegungen, die ich nicht haben wollte, es waren immer andere Bewegungen dazwischen.“

Sie zeigte auch außerhalb der Stunde seltener Sperrungen, gezierte, verschrobene Bewegungen als früher und trat in ein kameradschaftliches Verhältnis zu Patientinnen und Pflegerinnen.

6. Hedwig Z., Sortiererin, 39 jährig. 1926 erste Anstaltsaufnahme. 1927 — Dezember — zweite Aufnahme. Februar 1928 in unsere Anstalt überführt. Motorische Unruhe, läppische Stimmung, autistisch. Während der ersten Gymnastikstunde viele ausfahrende, gezierte Bewegungen, sehr unaufmerksam und abgelenkt. Gibt sich aber deutlich große Mühe, sich immer wieder einzuordnen. Schon nach wenigen Stunden führt sie alle Übungen richtig aus und war sehr aufmerksam, während sie in den Pausen und außerhalb der Stunden motorisch gänzlich unverändert war. Es trat später eine Remission ein, wo sie sich ausführlich über die Gymnastik äußerte. Sie habe an nichts Interesse, sie lebe so gedankenlos hin, einzig und allein das Turnen mache ihr Freude. Davon werde sie wirklich ergriffen. Das sei gleich in der ersten Stunde so gewesen. Sie wisse noch, daß sie damals wegen ihrer großen Unruhe und aller möglichen dummen Einfälle nicht habe aufpassen können, soviel Mühe sie sich gegeben habe. Sie habe aber schon in der ersten Stunde viel gelernt, sich zu beherrschen.

7. Martha H. 35 jährig. Seit vielen Jahren autistisch abgesperrt im Bett, stark halluzinierend, häufig große Erregungszustände. Es war nie möglich, sich mit ihr in Beziehung zu setzen, reagierte auf jeden Versuch, sie aus dem Bett zu bringen, mit heftigem Erregungszustand. Sie wurde widerstrebend in leichtem Erregungszustand zum Turnsaal geführt, in dem die übrigen Schülerinnen schon versammelt waren und die Stunde begonnen hatte. Sie zog auf Zureden ohne Sträuben den Turnanzug an und machte gleich mit. Hielt auch während der ganzen Stunde aus. Gelegentlich versank sie während der Übungen in einen Starrezustand, es gelang aber immer wieder, sie schon durch die Musik herauszureißen und wieder einzuordnen. Sie war nach der Stunde in einer sehr freudigen

Stimmung, sehr aufgeschlossen, gab zum ersten Male nach langer Zeit geordnete Antworten und blieb den ganzen Tag in dieser Verfassung.

Sie nimmt regelmäßig an der Stunde teil und ist jetzt ständig außer Bett. Außerhalb der Stunde ist sie nicht ansprechbar, aber immer nach der Stunde recht aufgeschlossen, unterhält sich dann neuerdings auch mit anderen Patienten.

Zur Arbeit ist sie noch nicht zu bewegen.

8. Olga F., 52 jährig, mediz. Hilfsarbeiterin. Üppiges Wahnchaos. War ständig in reizbar verärgerter Stimmung als Reaktion auf Internierung und „Attentate". Schrieb ständig große Anklageschriften gegen die Anstalt, lehnte jede Beschäftigung ab. Ist infolge der Gymnastik versöhnlich gestimmt, verträglich. Äußert spontan ihre große Freude über die Gymnastik.

9. Soja P. 28 jährig, Kunstgewerblerin. Erste Erkrankung 1926 Beziehungs- und Verfolgungsideen und Halluzinationen. Ratlos und gelegentlich ängstlich. Motorisch unruhig. Muß im Einzelzimmer gehalten werden, da sie sehr erregt wird, sobald sie mit den anderen Patienten zusammen ist. Nimmt bereitwillig an der Gymnastik teil. Der ängstlich gespannte Gesichtsausdruck wird während der Übungen ruhiger. Es ist notwendig, ihr am Anfang der Stunde Gelegenheit zu geben, zu „tollen", um sie zu geordnetem Verhalten zu veranlassen. Sie selbst äußert über die Stunden, daß sie viel Freude machten, das ängstliche Gefühl von Unbehagen, die Unruhe, die „Wut" und die dummen Gedanken und Stimmen verschwänden und sie fühle sich erlöst. Seitdem sie an den Turnstunden teilnimmt, ist sie im Gegensatz zu ihrer früheren Reizbarkeit und ablehnenden Haltung zugänglich geblieben und hat in der schwersten Zeit ihrer Psychose den Kontakt mit den anderen Patienten nicht wieder verloren. Nachdem die Psychose jetzt im Abklingen begriffen ist, ist sie zeitweise außer Bett und beschäftigt sich.

10. Martha St. 29 jährig. Postgehilfin. Allmählicher Beginn der Krankheit 1922. — Vor Teilnahme an der Gymnastik kataton-stuporöse Symptome, häufige Erregungszustände. War unsauber, mußte gefüttert werden, häufig ablehnend. Bei Aufforderung zu Bewegungen, gelang es ihr erst nach geraumer Zeit immer wieder deutlich sichtbare Gegentendenzen zu unterdrücken und die gewünschte Bewegung auszuführen. Macht gleich die schnellsten Laufübungen und schwierige Geschicklichkeitübungen mit. Nach der Stunde angeregt und zugänglich. Äußerst spontan: es mache ihr sehr viel Spaß. Auch außerhalb der Stunde freier in Bewegungen. Ißt spontan und ist nicht mehr unsauber. Wird mit Näharbeiten etwas beschäftigt.

11. Klara H. 38 jährig. 1916 erkrankt. Autistisch abgesperrt, ablehnend. Zahlreiche Stereotypien und Manieren. Ständig halluzinierend; sie telephoniere. Motorische Unruhe. Zu keiner Beschäftigung zu veranlassen. Bei Versuch sprachlicher Exploration Erregungszustand; schimpfte noch lange Zeit nachher. Wird in leichtem Erregungszustand in die Gymnastikstunde geführt. Wird sofort ruhig, macht gleich und immer aufmerksam mit. Nach der Stunde zugänglich der Exploration. Äußert spontan: es habe ihr gefallen.

12. Bertha P. 44 jährig. Arbeiterin. Zahlreiche Halluzinationen. Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen. Sie habe ein Loch im Rücken,

das eine Bein sei lahm. Häufiger motorisch unruhig. Aggressiv, häufig wahnhaft desorientiert, ständig zu Bett. Kann zu keiner Beschäftigung veranlaßt werden.

Macht gleich die Gymnastik mit, besonders gern die Phantasietänze, die sie zunächst in etwas grotesker Form produziert. Zerschlägt, weil sie wegen ihrer Periode an der zweiten Stunde nicht teilnehmen darf, Fensterscheiben. Kommt später spontan zur Stunde. Nach der Stunde sehr gesprächig: Spaß macht es, besonders das Tanzen. Man tobt sich ein bißchen aus. Ich fühle mich dann ruhiger und wohler. Die Angst und die dummen Gedanken sind weg. Sie achte nicht darauf, sondern sie amüsiere sich am Turnen und sehe, wie sich die Füße bewegen.

Seit ihrer Teilnahme an der Gymnastik immer zugänglich und trotz massenhafter psychotischer Erlebnisse ruhiger. Beschäftigt sich in der Schälküche, muß aber wegen Beeinträchtigungsideen häufiger ins Bett gebracht werden.

Zur Arbeitstherapie bei Epileptischen[1]).

Von

Assistenzarzt Dr. **Werner Pleger**, Berlin-Wittenauer Heilstätten.

Von der Heilwirkung einer vorwiegend psychischen Behandlungsmethode wie der aktiveren Beschäftigungstherapie *Simons* zu schreiben fällt bei einem Leiden, das so fest organisch verankert ist wie die Epilepsie mit ihren psychischen Folgeerscheinungen, schwer. Niemand wird einen Einfluß auf das Grundübel, die Anfälle ihrer Zahl und Schwere nach, von der Beschäftigungstherapie erwarten. Unsere Ansprüche werden in eine andere Richtung gelenkt, wenn wir daran denken, daß schon der geistig Gesunde, der krankheitshalber längere Zeit jede Tätigkeit aussetzen muß, psychische Schäden davonträgt (s. *Thomas Mann*, „Der Zauberberg"). Die von einem medizinischen Laien sehr richtig erfaßte Notwendigkeit der psychischen Ablenkung und Bekämpfung der aufkeimenden Minderwertigkeitsgefühle durch Arbeit besteht in jedem Falle längeren körperlichen oder psychischen Brachliegens. Diesen Grund zur Einführung der Arbeitstherapie haben die Spezialanstalten für Epileptische mit den Vollanstalten für Geisteskranke gemein. Was darüber hinaus die Beschäftigungstherapie bei Epileptischen noch notwendiger erscheinen läßt als bei den Insassen der Vollanstalten, sind vor allem soziale Indikationen. Steht doch der Epileptische, vor allem die große Zahl der Anstaltskranken ohne wesentliche geistige Störungen, nach einer Anstaltsbehandlung, infolge derer seine Anfälle auf eine Mindestzahl herabgedrückt werden konnten, in der Regel weit häufiger und früher vor der Möglichkeit, seinem Berufe außerhalb der Anstalt wieder nachzugehen, als der Insasse der Vollanstalt. Vornehmlich trifft dies zu bei Großstadtanstalten mit ihrem durchgehenden Material. Der anstaltsbehandelte Epileptische wird in der Außenwelt um so eher festen Fuß fassen können, als er es gelernt hat, durch Tätigkeit in der Anstalt seine Arbeitslust, Initiative und Geschicklichkeit zu steigern oder zu erhalten und sein Selbstbewußtsein zu erhöhen. Ferner macht den Epileptischen die hochgradige

---

[1]) Aus der Berliner städtischen Heil- und Pflegeanstalt Wuhlgarten. Direktor Sanitätsrat Dr. *Heinze*.

Reizbarkeit und Neigung zu gewalttätigen Handlungen auch bei sonst geistig völlig erhaltener Persönlichkeit oft früher und stärker asozial, als es z. B. der geistig schon zerfallende Schizophrene ist. Hier kann durch gemeinschaftliches Arbeiten der Kranken in der Anstalt unter sorgfältigster Aufsicht erzieherisch entgegengewirkt und das soziale Empfinden gesteigert werden, so daß dem Entlassenen das Einleben in die größere Rücksicht und Vorsicht im Umgang erheischenden Verhältnisse der Außenwelt erleichtert wird. Andererseits kommt der Mehrzahl der Epileptischen die größere geistige Intaktheit gegenüber den Insassen der Vollanstalt für die Fortsetzung einer Tätigkeit in der Anstalt nach Aufgabe ihres Berufes — leider kann nur eine Minderzahl in ihrem eigenen Berufe weiterbeschäftigt werden — zugute. Der Autismus der Kranken, der in den Vollanstalten auch das Bild der Arbeit beherrscht und oft ein geordnetes Zusammenarbeiten nur unter anhaltendem Zuspruch und Antrieb des Pflegepersonals möglich macht, spielt bei den Epileptischen eine bei weitem weniger große Rolle. Hier ist der Konnex bei der Arbeit und die Spontaneität der Kranken in weit größerem Maße erhalten und die Hauptaufgabe des Personals besteht darin, Reibungen zu vermeiden und Streitigkeiten zu schlichten. Wie so einerseits der bessere Konnex unter den Kranken die Arbeit des Pflegepersonals erleichtert, so birgt er andererseits die Gefahr eines gemeinsamen Zusammenhaltens gegen das beaufsichtigende Personal bei der geringsten Unzufriedenheit. Natürlich gibt es auch unter den Epileptischen Kranke, die ihrer hochgradigen Reizbarkeit oder ihrer völligen Stumpfheit wegen nur allein beschäftigt werden können. Jedenfalls brauchen die primitiven Arten der Einzelbeschäftigung wie Wollezupfen u. a. bei den Epileptischen nur in geringem Maße herangezogen werden.

Wir beschäftigen in der Berliner städtischen Heil- und Pflegeanstalt Wuhlgarten (früheren Anstalt für Epileptische) zurzeit bei einem Bestande von 990 Anfallskranken (465 Männern, 433 Frauen, 92 Kindern) 649 Kranke (303 Männer, 298 Frauen, 48 Kinder), und zwar

von den Männern:

mit Außenarbeiten in Kolonnen (landwirtschaftlichen Arbeiten, Garten-, Wege- und Reinigungsarbeiten, Kohlen- und Essenfahren)	126
mit Werkstättenarbeit	85
und zwar	
in der Tischlerei	5
in der Bürstenmacherei	8

in der Korbmacherei	2
in der Schuhmacherei	12
in der Schneiderei	14
in der Buchbinderei	6
in der Strohflechterei	16
in der Tapeziererei	22
mit Hausarbeit	66
als Einzelarbeiter (mit Schreib- und Reinigungsarbeiten)	26
von den Frauen:	
mit Außenarbeiten in Kolonnen	25
in den Nähstuben	96
in den Stopfstuben	43
in der Rollstube	20
in den Schälküchen	52
mit Hausarbeit	61
mit Einzelarbeit (Schreibarbeit)	1
von den Kindern:	
mit Schulunterricht	32
im Kindergarten	16

Die Zahl der Unbeschäftigten setzt sich zusammen aus den Kranken, die jede Beschäftigung entschieden ablehnen, und solchen, die zu gehäuften Anfällen und längeren Verwirrtheitszuständen neigen, ferner aus Siechen, völlig Verblödeten und Kranken, die zeitweise allzusehr zu Gewalttätigkeiten neigen oder vorübergehend körperlich (schwere Anfallsverletzungen) oder psychisch (postepileptisch verwirrt) erkrankt sind.

Als Erfolg der jetzt bereits einige Jahre durchgeführten aktiveren Arbeitstherapie können wir bei den beschäftigten Kranken buchen: Abnahme der Reizbarkeit und Unzufriedenheit infolge der natürlichen Abreaktion der psychischen Spannungen, die bei Epileptischen eine besonders große Rolle spielen,

gehobeneres Selbstbewußtsein und Besserung der gedrückten und oft mißtrauischen Stimmungslage der Epileptischen,

Steigerung des sozialen Empfindens, die sich in größerer Rücksichtnahme und Hilfsbereitschaft äußert,

in körperlicher Hinsicht Erhaltung der Arbeitskraft, erhöhter Stoffwechsel, strafferer Muskeltonus, bessere Durchblutung.

Was die Zahl und Schwere der Anfälle anbelangt, so ist es deshalb schwer, einen Einfluß der Arbeitstherapie zu beurteilen, weil wir die Kranken in der Regel möglichst bald nach der Aufnahme in die

Anstalt beschäftigen und kein sicheres Bild über das Auftreten der Anfälle vor der Aufnahme haben. Ein Vergleich zwischen Beschäftigten und Unbeschäftigten muß an der großen Verschiedenheit der einzelnen Epileptikerfälle scheitern. So bleibt denn nur noch übrig, zu einer sicheren Beurteilung diejenigen Kranken heranzuziehen, die in der Regel beschäftigt, zeitweise jedoch aus irgendwelchen Gründen unbeschäftigt sind. Hier haben wir nun nach Durchsicht einer Reihe von Anfallstabellen keinerlei Unterschied im Auftreten der Anfälle sowohl der Zahl als auch der Art nach feststellen können. Auch wurde die fast einheitlich durchgeführte Luminalbehandlung, jedem Einzelfalle angepaßt, allgemein in denselben Dosen fortgesetzt. Diese konnten also in Zeiten der Beschäftigung in keinem der Fälle herabgesetzt, noch brauchten sie erhöht zu werden.

Zum Schluß sei noch auf einen Punkt hingewiesen, den *Kurtz*, Berlin-Wuhlgarten in seiner Arbeit über „Die Verantwortlichkeit für die Berufswahl des Epileptischen“ [1]) näher behandelt hat. Für den Epileptischen, der nur in einer Umgebung arbeiten kann, in der er bei seinen Anfällen nicht zu ernstem Schaden kommen und einen solchen nicht verursachen kann, ist eine ganz bestimmte Auswahl unter den Berufsarten angezeigt. *Kurtz* führt als für den Epileptischen geeignete Berufsgebiete an:

1. Landwirtschaft, Gärtnerei, Wege- und Friedhofsarbeiten, wobei der Gebrauch von scharfen Werkzeugen wie z. B. Sensen vermieden werden muß,
2. Hauswirtschaft unter Vermeidung des Besteigens von Leitern und Bänken und des Umgangs mit Feuer und heißem Wasser,
3. kleine Werkstätten (Schneider, Schreiner, Buchbinder, Sattler, Bürstenbinder, Schuster),
4. Kanzleiarbeit, Heimarbeit und Kleingewerbe (Galanteriearbeiten, Packarbeiten, Korb- und Mattenflechten, Sackflicken, Lumpensortieren).

Da nun eine Anstalt für Epileptische eine sichere Gewähr für die Eignung der zur Beschäftigung der Kranken herangezogenen, lange Zeit erprobten Berufsarten bietet, ist dem Kranken hier Gelegenheit geboten, Arbeiten kennenzulernen und auszuüben, die für ihn in Betracht kommen. So werden ihm durch die Tätigkeit in der Anstalt die Wege gewiesen für einen gegebenenfalls erforderlichen Berufswechsel.

---

[1]) Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin, 11. Bd. 6. Heft.

Studien über die präpsychotischen intellektuellen Eigenschaften Schizophrener.

Von

Oberarzt Dr. **Ostmann**, Schleswig.

Wenn nach neuerer, auf histologische und erbbiologische Forschungen gestützter Ansicht eine große Gruppe der schizophrenen Psychosen als eine heredodegenerative Erkrankung aufzufassen ist, so verdient damit auch die präpsychotische Persönlichkeit das größte Interesse.

Bleuler [1]) äußerte sich zu dem Thema der präpsychotischen intellektuellen Eigenschaften dahin, daß *Elmiger* und *Lugaro* geradezu auffallend viele gute Anlagen konstatierten, während er selbst wenigstens ein Überwiegen minderwertiger Intelligenzen habe ausschließen können.

Kraepelin [2]): Die Verstandesbegabung fand ich in 17% der Fälle vorzüglich, in etwa einem Drittel der Fälle mäßig, in 7% schlecht. *Evensen* bezeichnet 6,7% seiner Kranken als über dem Durchschnitt stehend, 22% als schlecht begabt, *Plaskuda* 15% als von Jugend auf beschränkt. *Schott* gibt an, daß 28% seiner Kranken schwer lernten, 40% dagegen gute bis sehr gute Schüler waren, und *Levi-Bianchini* schreibt 6% seiner Kranken eine große, 60% eine mittlere und 24,4% eine geringe Begabung zu.

Weygandt [3]): Vielfach ist in der Anamnese besonders gute intellektuelle Anlage verzeichnet, ein kleiner Bruchteil war mangelhaft begabt, vereinzelt bestand Imbezillität.

Bumke [4]): Ein Teil ist schon in der Schule durch mangelnde Begabung aufgefallen, hat Schwierigkeiten zum Beispiel beim Rechnen gehabt und ist gelegentlich sitzen geblieben. In selteneren Fällen

---

1) *Bleuler*. Dementia praecox im Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg 1911.

2) *Kraepelin*, Psychiatrie 1913.

3) *Weygandt*, Altlas und Grundriß der Psychiatrie 1902.

4) *Bumke*, Lehrbuch der Geisteskrankheiten 1924.

wird von einer ungewöhnlich guten Intelligenz berichtet oder von einer überraschenden technischen Begabung, und zuweilen wird namentlich das ausgezeichnete mechanische Gedächtnis gerühmt.

Die nun folgenden Erhebungen sind gemacht worden bei 853 (568 m. und 285 w.) wegen schizophrener Psychosen in der Landesheilanstalt Schleswig behandelten Kranken. Es wurde unterschieden: Ungewöhnlich hohe Intelligenz, gute Begabung, mittelmäßiger Durchschnitt, mangelhafte (Debilitas) und schlechte (Imbezillitas) intellektuelle Eigenschaften. Auch wurde auf überraschende technische oder musikalische Begabung gefahndet. Es erwiesen sich als:

	m.	w.	zusammen
Ungewöhnlich hoch begabt	31	17	5,6%
Ungewöhnlich musikalisch begabt	•7	5	1,4%
Ungewöhnlich technisch begabt	3	—	0,4%
Gut begabt	170	77	28,9%
Mittelmäßig begabt	246	155	47,1%
Mangelhaft begabt	74	26	11,7%
Schlecht begabt	37	5	4,9%

Der Prozentsatz der ungewöhnlich hoch Intelligenten überwog also den der intellektuell schlecht Veranlagten, und der der Kranken mit ursprünglich guter den der mit mangelhafter und schlechter Verstandesbegabung zusammen. Die Gesamtzahl der gut und besser Begabten erreichte aber nicht die der mittelmäßigen, intellektuell Unauffälligen.

Unter den Begriffen „erblich für Schizophrenie disponiert" und „ohne erkennbare erbliche Belastung" ergab sich das folgende Bild:

	unbelastet	belastet
ungewöhnlich hoch begabt	37,6%	62,4%
ungewöhnlich musikalisch begabt	16,7%	83,3%
ungewöhnlich technisch begabt	33,3%	66,7%
gut begabt	30,4%	69,6 %
mittelmäßig begabt	42,9%	57,1%
mangelhaft begabt	23,0%	77,0%
schlecht begabt	11,9%	88,1%

Trotzdem unter erblicher Disponiertheit für Schizophrenie verstanden ist, daß sich in der Familie des Erkrankten nicht nur Psychosen schon ereignet hatten, sondern auch das besondere Augenmerk auf die auffallenden, die schizoiden und schizothymen Persönlichkeiten gerichtet war, ist immer noch eine recht große Anzahl solcher Personen vorhanden, bei denen eine erbliche Belastung nicht nachzuweisen war. Am wenigstens war erbliche Disposition zu finden bei den mittelmäßig Begabten. Werden sie in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt und auf die eine Seite die intellektuell sehr gut Veranlagten, auf die

andere Seite die mangelhaft und schlecht Begabten, so bietet sich die nachstehende Übersicht:

	unbelastet	belastet
gut bis sehr gut Begabte	34,0%	66,0%
mittelmäßig Begabte	42,9%	57,1%
mangelhaft bis schlecht Begabte	17,4%	82,6%

Bei der Darstellung der Art und Schwere der erblichen Belastung habe ich, um nicht allzusehr in Einzelheiten zu geraten, letztere zusammengefaßt. Die Erkrankten und ihre Geschwister als erste Generation gerechnet, wurde danach nur noch unterschieden in einseitig durch die zweite, dritte oder vierte Generation und in doppelseitig durch die zweite, dritte, vierte Generation Belastete. Unter den einseitig Disponierten sind verstanden solche, die nur von der väterlichen oder nur von der mütterlichen Seite her belastet waren. Bei den doppelseitig Belasteten handelt es sich um die, die sowohl von der väterlichen als auch von der mütterlichen Seite her Disposition hatten. Es waren aber auch Patienten vorhanden, bei denen sich die Belastung nur in erkrankten Geschwistern verriet, ihnen mußte sinngemäß eine eigene Rubrik eingerichtet werden.

	unbel.	kranke Geschw.	einseitig belastet			doppelseitig belastet		
			II. G.	III. G.	IV. G.	II. G.	III. G.	IV. G.
	%	%	%	%	%	%	%	%
ungewöhnlich hoch begabt	37,6	—	20,8	18,7	—	10,4	12,5	—
ungew. musikalisch begabt	16,7	—	33,3	8,3	—	41,7	—	—
ungew. technisch begabt	33,3	—	+	—	—	66,7	—	—
gut begabt	30,4	6,8	31,2	13,8	1,2	8,1	8,1	0,4
mittelmäßig begabt	42,9	6,0	31,4	7,5	—	9,0	3,0	0,2
mangelhaft begabt	23,0	4,0	35,0	13,0	2,0	10,0	11,0	2,0
schlecht begabt	11,9	9,5	28,6	19,0	—	21,5	9,5	—

Die einseitig und doppelseitig Belasteten, ohne Rücksicht auf die Generationen zusammengestellt, ergaben für die intellektuell Mittelmäßigen in jedem Fall die günstigsten Zahlen.

	einseitig belastet	doppelseitig belastet
ungewöhnlich hoch begabt	39,5 %	22,9 %
gut begabt	46,2 %	16,6 %
mittelmäßig begabt	**38,9** %	**12,2** %
mangelhaft begabt	50,0 %	23,0 %
schlecht begabt	47,6 %	31,0 %

Bei der Feststellung durch wieviel Generationen erbliche Belastung nachzuweisen war, schnitt das Mittelmaß prämorbider Intelligenz gleichfalls am besten ab, indem es in den Fällen, in denen die Disposition schon in der zweiten, dritten oder vierten Generation zu verfolgen war, sich fast durchweg mit den jeweils niedrigstens Prozentzahlen beteiligte.

	I. G.	II. G.	III. G.	IV. G.
ungewöhnlich hoch begabt	37,6 %	31,2 %	31,2 %	—
gut begabt	37,2 %	39,3 %	21,9 %	1,6 %
mittelmäßig begabt	48,9 %	40,4 %	10,5 %	0,2 %
mangelhaft begabt	27,0 %	45,0 %	24,0 %	4,0 %
schlecht begabt	21,4 %	50,1 %	28,5 %	—

Naheliegend war es im Anschluß an die obigen Studien auch einen Blick auf das Erkrankungsalter zu werfen. Auch hier ergaben sich die gleichen Verhältnisse wie bei den vorhergehenden Feststellungen, indem die mittelmäßig Begabten am spätesten erkrankten.

	unbel.	kranke Geschw.	einseitig belastet			doppelseitig belastet			Durchschnitt
			II. G.	III. G.	IV. G.	II. G.	III. G.	IV. G	
	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre	Jahre
ungewöhnl. hoch begabt	24,7	—	23,3	24,6	—	18,6	22,2	—	23,6
gut begabt	23,5	25,7	24,1	22,0	19,3	20,2	22,2	23,0	22,5
mittelmäßig begabt	25,0	28,4	25,6	23,6	—	24,8	26,0	18,0	24,5
mangelhaft begabt	23,5	24,6	21,3	21,7	22,6	19,8	22,1	18,0	21,7
schlecht begabt	22.3	14,8	22,9	17,8	—	22,10	19,7	—	19,11

Zusammenfassung.

1. Die Prüfung der präpsychotischen intellektuellen Eigenschaften Schizophrener ergab, daß zahlenmäßig die intellektuell mittelmäßig Veranlagten den größten Prozentsatz ausmachten, während die gut bis ungewöhnlich hoch Begabten an zweiter Stelle, die mangelhaft bis schlecht Begabten an letzter Stelle standen.

2. Bei dem Vergleich von erblicher Belastung und Verstandesbegabung hatten die Mittelmäßigen die höchste Prozentzahl derer, bei denen eine Belastung nicht nachzuweisen war und umgekehrt, wo eine solche bekannt war, brachten sie niedrigste Werte. Die gut und sehr gut Begabten zeigten durchschnittlich höhere Belastungsziffern als sie, wenn auch meist nicht so hohe wie die mit mangelhaften und schlechten Verstandeskräften ausgestatteten.

3. Das Erkrankungsalter lag durchschnittlich am niedrigsten bei den zuletzt Genannten, darauf folgten die Begabten und am spätesten erkrankten die Mittelmäßigen.

Über die bemerkenswerten Heilungsvorgänge bei Psychosen.

Von

Dr. **E. Menninger-Lerchenthal**, Tulln b. Wien.

Die von *Wagner-Jauregg* erdachte, durch ihn und seine Schule zur Vollkommenheit ausgearbeitete Impfmalariabehandlung der Progressiven Paralyse ist in dreifacher Hinsicht ein bedeutungsvolles Ergebnis in der Medizin: 1. Durch die Impfmalaria ist die Progressive Paralyse, die mit Ausnahme weniger Fälle als absolut unheilbar und tötlich gegolten hat, zu einer heilbaren Krankheit geworden; außerdem ergibt sich die Möglichkeit, die Syphilis überhaupt als Volksseuche wirksamer zu bekämpfen. 2. Etwas, was schon lange durch Einzelheiten bekannt ist und am besten unverbindlich als Antagonismus zwischen Körper- und Geisteskrankheit bezeichnet wird, hat zweifellos durch die Impfmalariabehandlung mehr Geltung erlangt. 3. Die Impfmalaria ist von der natürlichen soweit verschieden, daß sie als eine Krankheit sui generis und damit als ein neuer Gegenstand der experimentellen Pathologie betrachtet werden kann. — So ist es denn nicht verwunderlich, daß dieses Thema, aus dem, wie es bei jeder großen Entdeckung der Fall ist, immer neue Fragestellungen hervorgehen, in den letzten Jahren einen breiten Raum in der Literatur eingenommen hat und es voraussichtlich weiter tun wird. Mag manchmal den Leser das Gefühl des Überdrusses beschleichen oder er vielleicht sogar glauben, es mit einer Modesache zu tun zu haben, er möge sich besinnen, daß ein bedeutsames Kapitel aufgerollt worden ist, welches eben bis zu Ende ausgearbeitet werden muß. Verf. hatte selbst nicht Gelegenheit, in besonders umfangreichem Maße Malariatherapie bei der Progressiven Paralyse zu betreiben, und dennoch geht von ihr die Anregung zu den folgenden Darlegungen aus. Diese befassen sich dementsprechend nicht direkt mit der Malariatherapie, sondern lassen lediglich den Zusammenhang mit ihrer Grundlage erkennen.

Es ist die oben unter Punkt zwei hervorgehobene Tatsache, die zu untersuchen dem Verf. wert erscheint. Es handelt sich dabei, wie gesagt, um nichts neues, aber es scheint auf Grund der aus der Tatsache erfolgten nicht zu verachtenden Konsequenz, nämlich die Erfolge der Malariatherapie bei Paralyse, und hinsichtlich der bedeutsamen Feststellungen über Umwandlung und Regression psycho- und hystopathologischer Bilder am Platze, den Versuch zu unternehmen, das Terrain bis zu seinem Horizont zu betrachten. Also Wechselwirkung zwischen Körperkrankheit, nicht nur Malaria, und Geisteskrankheit, nicht nur Paralyse; ferner gegenseitige Beeinflussung von Körperkrankheiten und schließlich die Rückwirkung auf eine Geistes- oder Körperkrankheit nicht von einer körperlichen Erkrankung, sondern von einschneidenden physiologischen Vorgängen im Organismus her. Das ist zweifellos ein ausgedehntes Gebiet und es wird das erstemal, zumal aus der geringen Höhe, auf welcher sich die diesbezüglichen Kenntnisse im allgemeinen und die des Verf. im besonderen befinden, kaum gelingen, mehr als einen allgemeinen Überblick über dasselbe zu gewinnen. Daß trotzdem der Entschluß zu dieser Arbeit nicht zurückgestellt wurde, hat folgenden Grund. Es handelt sich doch letzten Endes um das Studium der Wechselwirkungen zweier Krankheiten bzw. verschieden pathogenetischer Vorgänge in einem Organismus; von „pathologischer Physiologie" im engsten Sinne des Wortes könnte man sprechen. Da bieten sich nun für die einfache Beobachtung die besten Aussichten, wenn eine der beiden Krankheiten eine Geisteskrankheit ist, denn die Symptome einer solchen sind doch sinnfälliger als die einer körperlichen Krankheit. Bei dieser wieder würden klinische Untersuchungen bei dem in Rede stehenden Studium mehr Ergebnisse zeitigen. Um allen Mißverständnissen zu begegnen, bevor man in einen Gegenstand eindringt, muß man ihn zuerst genau von außen betrachten; und diese Betrachtung per adspectum ist doch wohl in der psychiatrischen Domäne nicht nur etwas geläufigeres, sondern auch relativ ergiebigeres als auf anderen medizinischen Gebieten. Ein Beweis dafür ist ja auch die bedeutend größere Zahl der in Rede stehenden Beobachtungen von psychiatrischer als von anderer Seite, wie aus den folgenden Darlegungen trotz der skizzenhaften Kasuistik zu entnehmen sein wird. Für die erklärend-konzeptive Erfassung ist von anderen medizinischen Gebieten mehr zu erwarten. Deswegen werden auch aus diesen als Hinweis einige Beobachtungen beigebracht. Um weiter eben zu zeigen, daß es sich

um ein bisher vorwiegend von der Psychiatrie beleuchtetes, aber allgemein-medizinisches Problem [1]) handelt.

Ferner tritt der Effekt der Wechselwirkung zweier Krankheiten aufeinander, besonders wenn eine davon eine Geisteskrankheit ist, eher hervor. Das liegt sicher nicht darin, daß diese einer solchen Beeinflussung weniger leicht zugänglich wäre als eine Körperkrankheit und es deshalb bemerkenswerter erschiene, noch daran, daß sie besonders dazu neige, durch heterogene pathologische Vorgänge abgeändert zu werden. Es läßt sich vielmehr nur sagen, daß der größere Teil der Geisteskrankheiten zufolge ihrer Symptomgestaltung durch längere Zeitläufte ununterbrochener Beobachtung zur Verfügung steht, was bei Körperkrankheiten relativ selten zutrifft, und deshalb diese eigenartigen Wechselwirkungen öfters gesehen werden.

Die Wechselwirkung kann eine zweifache sein; die zu einer vorhandenen Krankheit hinzutretende zweite kann den Verlauf der ersteren, wenn überhaupt, in ungünstigem oder günstigem Sinne abändern. Selbstverständlich wendet sich das Interesse mehr der letzteren Möglichkeit zu und das besonders wieder bei den Psychosen, nicht weil bei ihnen die Prognose eine viel schlechtere wäre als bei schweren körperlichen Krankheiten wie Tuberkulose, Herzfehler, Nierenkrankheiten usw., sondern weil sie häufiger ein längeres Fernbleiben des Individuums aus der Gesellschaft erfordern. Daher rührt ja die unbegründete Geringschätzung des Psychiaters als Therapeuten im Vergleich zu anderen Medizinmännern und auf seiner Seite das begründete Streben nach aktivem Eingreifen in den Verlauf der Krankheit. In der Betonung dieses letzteren Grundes liegt zugleich das Ziel, dessen Erreichung durch diese Arbeit gefördert werden soll. Nicht gering sind die Kenntnisse, die in relativ kurzer Zeit in der Psychiatrie gewonnen worden sind. Allerdings sind sie nicht derart, daß damit praktische Folgerungen von evidenter und durchschlagender Bedeutung auf der Hand lägen. Sie werden erst allmählich und in mühseliger Arbeit sich entwickeln. Wenn trotzdem der Versuch unternommen wird, nach dieser Richtung eine Anregung zu geben, liegt es vielleicht nicht zuletzt in dem selbstischen Bestreben, den neiderfüllten Blick auf die technischen Fortschritte fast aller Wissensgebiete in der heutigen Zeit, etwas zu beruhigen.

---

[1]) Nach Abschluß dieser Arbeit erschien die Schrift von *Carl Hamburger*, Selbstheilung hoffnungsloser Krankheiten, Verl. G. Fischer in Jena 1928, in welcher die Heilung schwerer schleichender Augenleiden durch stürmisch einsetzende Allgemeinerkrankungen mitgeteilt wird, mit dem Hinweis, daß sich die Schrift an die gesamte Medizin wende, da solche Heilungen weit über das fachärztliche Gebiet hinausgehen.

Wie in der Behandlung aller Krankheiten gibt es auch bei den Psychosen drei Wege, die zum Ziele führen können. Der erste, und wenn bekannt, einzuschlagende ist die gegen die Krankheitsursache gerichtete Behandlung. Deshalb befaßt sich die therapeutische Forschung der Hauptsache nach mit der Aufklärung der Ätiologie bzw. Pathogenese der einzelnen Krankheiten [1]). Der zweite Weg ist die symptomatische Therapie, die auch bei gegebener ätiologischer in Anwendung kommt, besondere Bedeutung aber da gewinnt, wo eine solche nicht bekannt ist. Die Behebung von Krankheitserscheinungen an sich bedeutet schon eine Kräftigung der somatischen und psychischen Person gegen die Krankheit, ist aber auch oft — besonders bei psychischen Krankheitserscheinungen — zum Teil ursächliche Behandlung. Der dritte Weg ist das intuitiv-empirische Vorgehen. Als solches bezeichnen wir jede Behandlung, bei der wir weder die dabei gemachten Voraussetzungen klar erfassen, noch die sich dabei abspielenden Vorgänge verstehen können. Was nun die Psychosen betrifft, müssen wir gar oft theoretisch auf eine erfolgversprechende Behandlung verzichten, in praxi aber, am Krankenbette, bleibt uns dennoch nichts übrig, als die angegebenen drei Modi zu erwägen, aus ihnen zu wählen und zu kombinieren. Man denkt weniger an die Ursache, die dieser oder jener Krankheit nach dem Stande der Forschung wahrscheinlich zugrunde liegt, sondern an die Ursachen bzw. Bedingungen, die in dem speziellen Falle zur geistigen Erkrankung geführt haben, wofür man da und dort einen Anhaltspunkt findet. Sodann sind es Symptome der manifesten Krankheit, die zur Anwendung verschiedener Maßnahmen anleiten. Gewöhnlich ist das therapeutische Rüstwerk zu Ende, ein gewisser Erfolg erzielt, die Psychose aber noch vorhanden; der Krankheitsfall wird einem neuerlichen Studium unterzogen, etwa genaue Nachfrage gepflogen über den Verlauf von Psychosen in der Familie, über die Umstände, unter denen die Psychose vielleicht schon einmal abgeklungen war; wieder erkennt man seine Ohnmacht, nicht selten ist man bei der komplexen vagen Vorstellung angelangt, es könnte der Zustand des Kranken dadurch, daß sich etwas besonderes ereignet, in dessen Mittelpunkt der Kranke steht, eine gründliche

[1]) *Bresler* hat (1926), unter Hinweis auf die großartigen Erfolge der Seuchenbekämpfung und überhaupt die der Ursachenforschung und -bekämpfung auf den anderen Gebieten der Medizin, bemerkt, daß die Ursachenforschung, die Grundlage aussichtsreicher Behandlung und Vorbeugung, auf dem Gebiete der Geisteskrankheiten ganz anders betrieben werden müßte als bisher; „offiziell“ geschehe darin eigentlich überhaupt nichts.

Umwandlung erfahren. Es regt sich der Wunsch nach einem deus ex machina. Die psychiatrische Erfahrung kommt dem entgegen. Es sind schon solche Dinge vorgekommen und beschrieben worden. Wenn sie auch im einzelnen häufig nur als interessant gewertet werden, in ihrer Gesamtheit dürften sie eine ernste wissenschaftliche Beurteilung verdienen. Bei *Savage* heißt es: „So bringt uns jedes Jahr Fälle, in welchen Geisteskranke infolge einer körperlichen Erkrankung ihr psychisches Gleichgewicht wieder erlangten. Der eine Kranke bekommt einen Anfall von Rose und wird geistig klar, ein anderer wird von einer Neuralgie befallen oder bekommt ein Zahngeschwür mit großen Schmerzen und Anschwellung und wird dabei gesund." *Kräpelin* schreibt in seiner Psychiatrie (8. Aufl., 1909) darüber folgendes: „In einer kleinen Anzahl von Fällen hat man das Eintreten psychischer Genesung während oder nach einer fieberhaften Erkrankung (namentlich Typhus, Erysipel, Intermittens), seltener nach stärkeren Blutungen, schweren Eiterungen oder Kopfverletzungen beobachtet. Am häufigsten handelt es sich dabei um verhältnismäßig frische Erkrankungen, Melancholie, Manie, Amentia der Autoren, aber bisweilen tritt die günstige Wendung auch nach längerer Dauer und in anscheinend aussichtslosen Fällen ein; so werden weitgehende Besserungen nach Eiterungen bei der Paralyse berichtet. Freilich wird man in der Deutung solcher Beobachtungen stets mit äußerster Vorsicht verfahren müssen, da überraschende Genesungen oder doch Besserungen auch sonst nicht gerade selten sind, eine einfache Folge unserer mangelhaften klinischen Kenntnis der Geisteskrankheiten. Andererseits aber kann man ohne Zweifel selbst bei längst verblödeten und verwirrt gewordenen Kranken hier und da während einer gelegentlichen fieberhaften Erkrankung die Wahnideen zurücktreten und einer unerwarteten geistigen Regsamkeit Platz machen sehen, hier allerdings immer nur für kurze Zeit. Die Erklärung derartiger Erfahrungen ist dunkel; wir müssen uns mit der Erwägung begnügen, daß sich hier, wie ja auch die Entstehung geistiger Störungen aus den gleichen Anlässen dartut, offenbar mächtige Umwälzungen im Körperhaushalt und in der Ernährung der Hinrnrinde vollziehen; auch das Gefühl der Hilfsbedürftigkeit macht die Kranken vielleicht zugänglicher und lenkt sie von den eingewurzelten krankhaften Vorstellungskreisen ab." So stand die Sache vor der Malariatherapieära. Hat sich seither etwas geändert? Abgesehen von der einen Nutzanwendung großen Stils, der Malariatherapie der Paralyse, die die Erwartungen eher übertroffen hat, ist nicht viel Positives zu verzeichnen. Wie lange aber sollen wir dem Einerseits und Andererseits, das in den *Kräpelin*schen Sätzen so ein-

fach und klar zum Ausdruck kommt, noch verständnislos gegenüberstehen? Soll der Satz „die Erklärung derartiger Erfahrungen ist dunkel", der nun zwanzig Jahre als ist, noch weiter unserer Weisheit letzter Schluß sein? Oder muß nicht die dunkle Frage, mit der wir uns hier beschäftigen, sich endlich einmal zuspitzen? Dazu ist es an der Zeit, sie wieder einmal aufzuwerfen, aufzurollen, sie in ihrer ganzen Kompliziertheit zu zeigen. Durch ein Chaos von Tatsachen und Vorstellungen, welches nun deutlich genug dem Leser vor Augen treten wird, führt der Weg zu einer späteren Lösung der Frage.

Der Titel der Arbeit zieht dem abzuhandelnden Material die denkbar weitesten Grenzen. Denn welche Heilungsvorgänge bei Psychosen sind nicht bemerkenswert? Es wäre nicht erlaubt, zu sagen, die Intervalle beim zirkulären Irresein, die Remissionen bei der Schizophrenie, die Stillstände bei der Epilepsie, seien nicht bemerkenswert; denn diese Vorgänge sind uns doch noch ziemlich schleierhaft. Hier aber ist beabsichtigt, alle jene Heilungsvorgänge zusammenzufassen, bei denen wir ein unmittelbar ursächliches Geschehen, das sie bewirkt, eher einmal erfassen zu können glauben, die also nicht in der individuellen Konstitution und im Wesen der Krankheit allein begründet erscheinen. Theoretisch ist eine solche Grenze kaum zu ziehen, schon wegen der nicht zu umgehenden Annahme der Genesungsdisposition, die keine geringere Unbekannte darstellt, als die Erkrankungsdisposition. Die Konditionen sind es, die nähere Betrachtung erheischen.

Vorauszuschicken ist, was ja auch *Kräpelin* erwähnt und worauf noch öfters hinzuweisen sein wird, daß sich nur verschwindend wenige heilsame akzidentelle Momente finden, die nicht auch in der Ursachenforschung der Geisteskrankheiten eine Rolle spielen. Da ist schon der physiologische Vorgang der Menstruation zu nennen. Bereits *Krafft-Ebing* erwähnt, was seither vielfach bestätigt worden ist, daß die Pubertätspsychose nicht selten mit der definitiven Regelung der Menstruation ihre Lösung findet. *Friedmann* berichtet als seltenes Vorkommnis den günstigen Einfluß der menstruellen Entwicklung auf Epilepsie. *Bourneville* und *Bellin* teilen den Fall eines stark belasteten Mädchens mit, das bis zum 14. Lebensjahr bettnäßte und angeblich im Anschluß an eine Unterbringung in einem Stift an Halluzinationen und melancholischer Verstimmung erkrankte; hieran schloß sich eine maniakalische Erregung, die in eine Melancholie ohne Sinnestäuschungen überging, woran sich eine völlige Heilung mit Auftreten der Menstruation anschloß. Die Schwangerschaft vermindert nach *Turner* meist die Zahl der epileptischen Anfälle, läßt sie nach *Rubeschka* in einem Drittel der Fälle sistieren. Man sah auch Geistesstörungen schwinden, sobald eine Konzeption stattgefunden hatte (*Savage*). *Hartung* sah bei einer Paralytikerin im Anschluß an eine Geburt eine plötzlich auftretende weitgehende Remission. *Schüle* bemerkt, daß ein bessernder Einfluß der Menopause auf eine bereits vorhandene

Psychose zuweilen vorkomme, *Krafft-Ebing*, daß im Klimakterium langjährige Sexualpsychosen sich noch verlieren können.

Die sogenannten Spätheilungen dürften der Mehrzahl nach mit den Vorgängen der Wechseljahre und des Alterns zusammenhängen. *Schüle* beobachtete vollständige Genesung aus einer 7-jährigen Melancholie, *Guislain* sogar nach 14- bzw. 20-jährigem Aufenthalt in der Anstalt. *Sutherland* sah einen Fall von Melancholie, welche scheinbar in sekundäre Demenz übergegangen war, nach 7-jähriger Krankheitsdauer in Heilung übergehen. *Savage* berichtet von einem Kranken, der 24 Jahre in der Irrenanstalt Bethlem weilte, von denen er 15, den Kopf auf die Brust geneigt, anscheinend ohne Teilnahme für alles um ihn her, dasaß; doch bekam man aus gelegentlichen Vorkommnissen den Eindruck, daß er in der Tat das, was vorging, wahrnahm, und daß sein Zustand ein melancholischer, nicht aber ein schwachsinniger sei. Eines Abends, als er teilnahmslos im Billardzimmer saß, fing er an, sich umzusehen, einige Tage später war er lustig, fast ausgelassen, bald darauf wurde er geheilt entlassen und ist gesund geblieben. *Chatelain* sah eine Melancholikerin nach 10-jähriger und einen Paranoiden nach 7-jähriger Krankheit genesen. Nach der Beobachtung *Scheffers* wurde eine Frau, die an Melancholie mit katatonieähnlichem Bilde litt, nach 9 jähriger Krankheitsdauer im Anschluß an einen Streit gesund. *Sigel* publizierte drei Fälle von Spätgenesung, und zwar eine Manie nach 8 jähriger, eine halluzinatorische Störung mit periodischem Verlaufe nach vier bzw. 16 jähriger Krankheitsdauer. Völlige Heilung nach 14 jährigem Bestand einer Psychose trat bei einem Patienten *Schäfers* ein. Es handelte sich um einen geistig gesund veranlagten, hochbegabten Manne, der im Anschluß an einen Typhus unter schweren psychischen Erscheinungen erkrankte; zuerst Depression, Selbstmordneigung, Erregtheit, Verwirrtheit, dann wechselnder Zustand zwischen Angst und Depression, darauf halluzinatorische Verworrenheit und Apathie, schließlich Stupor katatoner Art, von gelegentlichen Gewaltakten unterbrochen. *Snell* berichtet von einer im Nachstadium der Pneumonie ausgebrochenen Psychose, die nach 9jähriger Dauer noch zur Genesung gekommen ist. *Petren* hat 23 Spätheilungen aus der Literatur und eigenen Beobachtung zusammengestellt; davon gehörten 16 dem manisch-depressiven Irresein an und hatten 5 bis 12 Jahre gedauert; 7 der Katatonie ebenfalls nach 5 bis 12 jähriger Dauer; ; 4 dem délire systématisé *Magnans* mit 6 bis 9 jähriger Dauer und eine Gefängnispsychose; ferner heilten 5 Psychosen nach langjähriger Dauer unter bestimmten Veranlassungen. Anschließend drei Fälle von *Kreuser*: eine schwere hypochondrische Melancholio mit katatonen Erscheinungen und zwei schwere Manien nach 7 jähriger Krankheitsdauer. *Linke* sah eine Melancholikerin nach 9 jähriger Krankheit, wobei sie durch sieben Jahre mit der Sonde ernährt werden mußte und nichts sprach, im 68. Lebensjahre spontan genesen.

Es liegt im Sinne dieser Arbeit, an dieser Stelle nur solche Spätheilungen aufzuzählen, die man als spontane bezeichnen muß, wo also nicht das Dazwischentreten irgendeines Faktors ersichtlich ist, der die Heilung bewirkt oder wesentlich unterstützt hätte. Selbstverständlich muß das Bestehen solcher Faktoren, als in der Psychose gelegene oder zu ihr hinzutretende, angenommen werden, so daß nur eine praktische Grenze gezogen werden kann gegenüber Fällen mit ersichtlichem, wenn auch schwer er-

klärlichem Zusammenhang zwischen Ursache und Genesung bei langdauernden Psychosen. Es sollten also unter Spätgenesungen — vom Standpunkte der Ursachenforschung, während im Hinblick auf die forensische Bedeutung die Formulierung *Kreusers*, wonach Genesungen nach wenigstens dreijähriger Krankheitsdauer als Spätgenesungen zu bezeichnen sind beizubehalten ist — nur die Selbstheilungen im engsten Sinne des Wortes, ferner die, bei denen wir die physiologischen Vorgänge des Klimakteriums oder Seniums verantwortlich machen können, und weiter diejenigen Fälle, wo ein relativ geringfügiger äußerer Anlaß den Auftakt zur Genesung gab, z. B. der Streit bei der Melancholikerin *Scheffers* oder die Erlaubnis zur Arbeit im Freien, womit nach *Petréns* Bericht eine 6 jährige Gefängnispsychose in Heilung überging, verstanden werden. Von *Petrén* berichtete Heilungen von Psychosen nach mehrjähriger Dauer im Anschluß an Erysipel, Influenza, Trepanation wären demnach nicht als Spätheilungen zu bezeichnen. Nach *Kreuser* handle es sich bei den Spätgenesungen häufiger um Krankheiten mit akutem Anfangsstadium, besonders um depressive Formen, seltener um Psychosen, die schon nach Art ihres Auftretens zu den chronischen gezählt werden müssen. Auch bei ersteren habe jedoch der Verlauf prognostisch für ungünstig geltende Erscheinungen gezeigt. Irgendwie regelmäßige Umstände, auf die die kaum mehr erwartete günstige Wendung zurückzuführen gewesen wäre, seien nicht aufzufinden, die Spätgenesungen seien durch das Wesen der Krankheit selbst begründet. In einer weiteren Mitteilung *Kreusers* heißt es, daß wohl Symptome, die als prognostisch ungünstig gelten, niemals aber unzweideutige Zeichen geistigen Verfalles vorhanden waren und der Ausbruch der Erkrankung unter Umständen und Erscheinungen erfolgte, die einen Wiederausgleich nicht ausschließen lassen durften. Auf letzteres scheint nun *Petrén* besonders Gewicht zu legen, denn er bemerkt, 33 Fälle überblickend, daß Heredität nur in geringem Grade vorlag und fast stets bestimmte exogene Ursachen bestanden. Gewiß glaubt man, es eher zu verstehen, wenn eine im Anschluß an Typhus oder Pneuminie ausgebrochene Psychose nach vieljähriger Dauer in Heilung übergeht; wie es dabei zugeht, wissen wir aber doch nicht, da wir ja in solchen Fällen nicht mehr von einer Typhus- oder Pneumoniekomplikation sprechen können, sondern eben anscheinend eine Krankheit sui generis vor uns haben. Der Ausschluß schwerer Heredität in ihrer allgemeinen Bedeutung dürfte nicht stichhaltig sein. Es sollte vielmehr nicht der Grad als die Art der Heredität in Betracht gezogen werden. Beim manisch- depressiven Irresein liegt eben Heredität vor, aber eine andere als bei Dementia praecox. Übrigens ist Schwere der Heredität noch mehr als Art der Heredität Vermutungssache. In der Auffassung über die Spätheilungen in der oben gegebenen Umgrenzung einigen wir uns mit *Kreuser*, dem es auf das Wesen der Krankheit ankommt, wobei über die Rolle der Heredität nichts Endgültiges ausgesagt ist. Es ist bemerkenswert, daß die depressive Form des zirkulären Irreseins und die katatone Form der Dementia praecox — kann man da von Krankheiten mit leichter oder schwerer Heredität sprechen? — bei weitem die meisten Fälle von Spätheilungen aufweisen, worauf auch *Kraepelin* hinweist[1]).

---

[1]) Das wäre weiter ein Anlaß, den Verwandtschaftsbeziehungen zwischen depressiven und kataton-sturporösen Zuständen in physiolo-

Die Erfahrungen über Heilungen oder Besserungen von Psychosen im Anschluß an eine körperliche Erkrankung sind bedeutend größer.

Im folgenden wird nur ein Bruchteil des in der Literatur darüber Berichteten wiedergegeben. *Hamilton* berichtet über elf Epilektiker, die einen Typhus hatten, neun davon zeigten eine deutliche Besserung bezüglich der Zahl der Anfälle, bei einem blieben sie 3½ Monate nach dem Typhus aus und die geistige Besserung hielt ein Jahr an; ein Fall bot ein fast dauerndes günstiges Resultat nach Überstehen des Typhus bis nach vier Jahren ein Scharlach wieder Anfälle auslöste. *Claude* und *Levy-Valensi* bringen folgenden Fall bei: Eine Patientin, die sich in einem vorgeschrittenen dementen Zustand befand, erkrankte an einem schweren Adominaltyphus. Diese Krankheit hatte eine wahre Transformation des psychischen Zustandes der Kranken zur Folge. Sie fing an, an allem Interesse zu nehmen, sie unterhielt sich, beschäftigte sich, schrieb vernünftige Briefe Diese Besserung dauerte drei Monate, dann verfiel die Kranke in ihren alten Zustand. *Wachsmuth* erwähnt die scheinbare Genesung einer paranoischen Kranken nach Typhus, die ungefähr 14 Jahre anhielt, während welcher die Kranke den Nähsaal musterhaft leitete; dann brach die Krankheit plötzlich wieder aus. *Werner* berichtet, daß sich bei drei von zehn an Typhus erkrankten Pfleglingen eine nicht unwesentliche Besserung des geistigen Zustandes einstellte; ein schwerer Melancholiker, der in der Erkrankung bei der Ernährung große Schwierigkeiten machte, ist so erheblich freier geworden, daß seine Beurlaubung in Aussicht genommen wurde. Bei zwei Defektzuständen vom Charakter der Dementia praecox hat sich die Sperrung der psychischen Vorgänge soweit gelöst, daß sie brauchbare Arbeiter wurden. Bei einem derselben stellte sich schon während des Fiebers eine auch später bleibende Euphorie ein. *Siebert* sah bei einem Paralytiker unter dem Einfluß einer Dysenterie eine Remission eintreten. Ein schwerer Dementia-praecox-Fall *Rivas* zeigte plötzlich eine Besserung, die nach zwei Jahren soweit vorgeschritten war, daß trotz eines psychischen Defizits von einer Heilung gesprochen werden müsse; der Anfang der Besserung schloß sich an eine mit hohem Fieber einhergehende Darmaffektion an. Es sei noch die katatonische Kranke *Schröders* erwähnt, die nach anfänglicher Depression allmählich in einen Zustand gemütlicher Abstumpfung mit Grimassieren, Mutazismus, Negativismus und vielen Manieren geraten war, im dritten Jahre ihrer psychischen Störung an Typhus erkrankte. In der ganzen Zeit, wo sie an ihm daniederlag, war sie psychisch umgewandelt, leidlich klar, zugängig und ohne Schwierigkeiten zu pflegen; nach ihrer Genesung vom Typhus versank sie alsbald wieder in ihren früheren Zustand.

Nächst dem Abdominaltyphus machen sich hauptsächlich Erysipel und Eiterungsprozesse als Heilfaktoren geltend.

---

gisch-pathologischer Hinsicht, wie es schon wiederholt geschehen ist, zu denken. Für die Frage, wie weit das konstitutionelle Moment dabei eine Rolle spielt, wäre zu untersuchen, ob in Familien, in denen Fälle von zirkulärem Irresein und Dementia praecox auftreten, letztere vielleicht vorwiegend durch die katatone Form vertreten ist.

Mayberry berichtet neben günstiger Beeinflussung melancholischer Zustände durch Kopferysipel, daß ein seit mehr als fünf Jahren an chronischer Manie mit Übergang in anscheinenden Terminalblödsinn Leidender absichtlich seinen Kopf so heftig gegen die Zimmerwand stieß, daß sich ein subkutaner Bluterguß bildete, der die Oberfläche des ganzen linken Scheitelbeines bedeckte. Zehn Tage später, nachdem ein Erysipel des Kopfes abgeheilt war, wurde eine Inzision des gesamten Cephalhämatoms vorgenommen, um die massenhaften Blutgerinnsel zu entfernen, und vom nächsten Morgen an trat eine vollständige Beruhigung und Aufklärung ein, so daß er binnen kurzem den Eindruck eines Genesenen machte, welches ungewöhnlich günstige Verhalten drei Monate anhielt. *Heßler* sah bei einem schweren Falle von Epilepsie ein sehr bemerkenswertes Nachlassen der Anfälle nach Erysipel, *Beckmann* Heilung einer Amentia und einer Dementia praecox, *Savage* die Heilung einer Paralyse durch einen Nackenkarbunkel [1]. *Elzholz* beschreibt die Heilung einer manisch-paranoiden Psychose nach 13 jährigem Bestande im Anschluß an einen schweren Eiterungsprozeß in der Lebergegend, *Azemar* die Heilung einer Manie nach einer diffusen Vorderarmphlegmone, *Dobrschansky* die 14 jährige Remission einer progressiven Paralyse, die er auf das Zusammentreffen der prognostisch relativ günstigen expansiven Form mit einem langwierigen Suppurationsprozeß zurückführt; ferner *Anthéaume* und *Piquemal* eine sehr ausgesprochene und langdauernde Remission nach mehreren epileptiformen Anfällen meningitischer Natur und starken zwei bis drei Wochen lang andauernden Furunkeln. *Parhon* und *Urechia* sahen in einem Falle von Dementia praecox nach Pleuritis purulenta eine bedeutende Besserung eintreten. *Sagel* beobachtete einen Feldwebel, der an typisch katatonen Symptomen litt, an einer eitrigen Parotitis erkrankte, während dieses Leidens geistig immer klarer und klarer, schließlich psychisch vollständig frei von krankhaften Erscheinungen wurde und etwa drei Wochen nach Abklingen der Speicheldrüsenentzündung in seinen katatonen Zustand zurückversank.

---

[1] *Savage* schildert den Fall folgendermaßen: „Am 20. Jänner 1880 (4 Monate nach der Aufnahme) entwickelte sich ein Karbunkel im Nacken, der sich rasch ausbreitete und zu außerordentlicher Schwellung mit brandigem Zerfall führte, und der sich vom Nacken bis zu beiden Schulterblättern erstreckte. Im Urin fand sich kein Zucker. Seit dem Auftreten dieses Karbunkels besserte sich sein Geisteszustand, und am 20. März hatte er sich geistig und körperlich beträchtlich erholt. Er wurde in unser Genesungshaus ... gesandt und dann bis Ende Mai beurlaubt, wo er genesen entlassen wurde. Einige Monte später wurde er auf wiederholtes Ansuchen vom Obervormundschaftsgericht der Bevormundung enthoben und ihm wieder gestattet, seine Geschäfte selbst zu führen und bis in die neueste Zeit wurde er von seinen Freunden als geistig und körperlich gesund betrachtet. Seitdem höre ich, daß er sich wegen unregelmäßiger Lähmungserscheinungen ohne geistige Störung in Behandlung befindet und nach der Ansicht seines Arztes ein syphilitisches Nervenleiden hat (von mir hervorgehoben). Da der Kranke sich vier Jahre außerhalb der Anstalt befunden und seine Gesundheit wieder erlangt hat, nachdem mindestens fünf hervorragende Sach-

Seltener ist die günstige Beeinflussung von Psychosen durch andere Infektionskrankheiten.

Turnowsky führt drei Fälle vollständig geheilter Epilepsie an, zwei im Anschluß an Pneumonie, einen im Anschluß an Scharlach; *Jones* das Aufhören der bis dahin zahlreichen Anfälle bei einem epileptischen Kinde nach Überstehen von Pneumonie. Bei einem Patienten *Krafft*-Ebings schwanden nach einer Pneumonia crouposa Zwangsvorstellungen und -Impulse, so daß er in voller Gemütsruhe und körperlicher Leistungsfähigkeit entlassen wurde. *Covéos* spricht davon, daß ein Fall von mehrjähriger Epilepsie und Idiotismus nach einem Anfall schwerer Influenza völlig geheilt wurde. Fälle von Spätheilungen *Petréns*, die oben nicht angeführt wurden, seien hier erwähnt: Heilung einer Angstpsychose nach neun Jahren im Anschluß an Erysipel und Rheumatismus, einer traumatischen Psychose nach 4 jähriger Dauer nach einer Trepanation, zwei epileptische Psychosen nach fünf und vier Jahren mit tiefen Blödsinn nach Menstruation und Influenza. Zu erwähnen ist die „kritische Heilung" Geisteskranker, wie *Wiehl* sie in drei Fällen (eine akute Verwirrtheit und zwei Fälle von manisch-depressivem Irresein) beobachtet hat, bei denen die Genesung unter körperlichen Begleiterscheinungen erfolgte; Fieber und Schweißausbruch werden in engste Beziehung zu dem Heilungsvorgang gebracht.

Um noch einige Erkrankungen, die günstig auf Psychosen einwirken können, anzuführen, seien erwähnt Besserungen von Epilepsie nach Impfungen oder Herpes zoster, wie *Féré* und Systieren der Anfälle während der Dauer einer Urtikaria, wie *Bigwood* berichtet. *Morton* sah eine Melancholie und eine Manie unter Gangrän und Amputation ausheilen. *E. Mendel* bemerkt, daß in äußerst seltenen Fällen ein auftretender Gichtanfall eine Psychose zur Heilung bringt, welche lange, selbst Jahr und Tag, unverändert bestanden hat. *Knauer* bringt die Heilung einer vermutlich enzephalitischen Psychose, die schon im

---

verständige ihn für einen Paralytiker erklärt hatten, so ist der Fall sicher der Erwähnung wert." Wie haben es hier also, wenn wir die Diagnose der fünf Sachverständigen nicht bezweifeln, mit der Umwandlung einer Paralyse in einfache Neurolues durch das Dazwischentreten eines infektiösen Prozesses zu tun, eine klinische Beobachtung, die Jahzehnte später anläßlich der Impfmalariabehandlung der Paralyse wiederholt gemacht, histologisch und serologisch gestützt worden ist. In den Ausführungen *Gerstmanns* finde ich Lähmungserscheinungen nicht erwähnt, sondern nur für Lues cerebri sprechende psycho- und histopathologische Zustandsbilder. — Nebenbei möchte ich erwähnen, daß die außerordentlich interessanten und m. E. bedeutungsvollen Ausführungen *Gerstmanns* über die Umwandlung der Paralyse in schizophrenieähnliche Bilder mich an die Idee erinnerten, wonach Paralyse Dementia praecox plus Syphilis sei (*Siemens*). Durch die Impfmalaria wird nun in der Tat von der Paralyse die Syphilis bzw. die Malignität der Syphilis genommen und es bleibt etwas schizophrenieähnliches.

Laufe von sechs Monaten zu endgültiger Verblödung geführt zu haben schien, mit einer aufgetretenen polyarthritischen Affektion in Zusammenhang. *Savage* sah im Anschluß an Rheumatismus eine Laktationspsychose heilen.

Die arthritischen Erkrankungen gehören bereits zu den Faktoren bemerkenswerter Heilungsvorgänge, die zu einer eigenen Gruppe zusammengefaßt werden sollten. Deren leitendes Prinzip wäre das Alternieren zwischen Geistes- und Körperkrankheit, wenn es auch nicht immer deutlich zum Ausdruck kommt. Alle Fälle also, wo es sich nicht um eine einmalige Ablöse einer Geistes- durch eine Körperkrankheit handelt, sondern dieser Vorgang sich in gleicher Weise wiederholt, also gegen die Psychose nicht so sehr eine akute körperliche Krankheit als vielmehr ein körperliches Leiden mit seinen Intensitätsschwankungen einwirkt. Dieses Terrain dürfte für die Forschung besonders ergiebig sein; denn hier fällt das Zufällige, die Spontanheilung, und der psychische Faktor, auf den von mancher Seite so großes Gewicht gelegt wird, bei der Beurteilung nicht so sehr in die Wagschale. Man sieht deutlicher einen förmlichen Antagonismus zwischen beiden krankhaften Vorgängen und wird es eher der Mühe wert finden, ein biologisches Verständnis anzustreben. Schließlich kann sich die Gelegenheit ergeben, die Beobachtungen und Untersuchungen an ein und demselben Objekte zu wiederholen, wie es *Siebert* in einem Falle gelang.

Die meisten Beobachtungen betreffen das Alternieren von Geistesstörungen und Arthritismus.

So hat *Griesinger* die alternierende Beziehung beider betont, so zwar, daß die psychische Störung meist zurücktrete, wenn die Gelenkaffektion sich wieder einstelle. *Savage* schildert einen Fall von Melancholie im Rückbildungsalter, welche nach einjähriger Dauer durch das Auftreten eines Gichtanfalles über Nacht geschwunden war. Der betreffende Patient äußerte nach sechs Jahren vollkommener geistiger Gesundheit die Hoffnung, seine Gicht solange er lebe, zu behalten, denn er hatte die Erfahrung: Gicht oder Geisteskrankheit. Auch Ausbrüche akuter Manie seien als Folgen unterdrückter Gicht beschrieben worden, da sie mit dem Auftreten derselben schwanden.

Régis meint, daß es sich bei einer Geisteskrankheit, die gelegentlich eines Gichtanfalles auftritt, fast immer um akute Manie handle, während, wenn die Geisteskrankheit mit den Symptomen der Diathese alterniere, sie gewöhnlich als Melancholie in Erscheinung trete. „C'est allors surtout qu'on peut voir se produire un balncement plus ou moins périodique entre les manifestations vésaniques et les accidents articulaires, les dermatoses, les crises d'asthma ....“ Nach *Cotard* kann ein Diabetes mit Auftreten einer Psychose schwinden. *Savage* bringt vier Fälle bei, in welchen Geistesstörung mit Asthma abwechselte; sie betrafen Kranke, die jahrelang an

ch wiederholenden Anfällen von Asthma gelitten hatten, welche sich emlich plötzlich verloren, während Irresein auftrat und, solange letzteres estand, wegblieben. Ebenso sah er bei einem Phthisiker jedesmal mit der esserung des Lungenleidens eine Verschlimmerung der Psychose einherehen. Auch *Régis* gibt an, daß Geisteskrankheit mit den Symptomen der ungentuberkulose alternieren kann. *Hauber* belegt mit zwei Krankenschichten die Tatsache, daß eine Migräne durch Epilepsie abgelöst weren kann. Auf diesen reziproken Wechsel geht *Flatau* ziemlich ausführlich n. Wir konnten in einem Fall Migräne nach jahrelangem Bestehen mit uftreten einer einfachen Hebephrenie schwinden sehen. *Cornu* sah igräne mit depressiv-paranoiden Psychosen, *Cramer* mit Zwangsvorellungen wechseln. *Krafft*-Ebing berichtet von einem 25 jährigen Werkihrer, der alljährlich im Frühjahr profuses Nasenbluten hatte. Einmal ar es nicht eingetreten; da erkrankte er im Anschluß an psychischen chock an einem Stupor, der schon in der zweiten Woche sich zu lösen beınn; nach reichlichem Nasenbluten ist Patient psychisch und mimisch ieder ganz frei. Zeiten von Hämorrhoidal- und Nasenbluten können echseln mit Migränezeiten.

Wir verlassen das wiederholt bearbeitete Gebiet der psychiatrischen asuistik über günstigen Einfluß von Infektionskrankheiten, um unren Gesichtskreis in dieser Frage zu erweitern durch eine kleine bersicht von Heilungen oder Besserungen von Psychosen urch anderweitige Einwirkungen (Traumen). Von physiogischen Vorgängen wurde schon gesprochen und auch die Wirkung on Blutverlusten nebenbei erwähnt. Es kommen ferner in Betracht raumen verschiedener Art.

Näcke und *Steinitz* berichten über eine sieben Tage lang anhaltende, öllige und plötzlich nach Chloroformasphyxie eingetretene Aufhellung es Geistes bei einer sekundär verwirrten Geisteskranken, *Beyer* über auflende Besserung eines epileptischen Dämmerzustandes durch eine euchtgasvergiftung. Bekannt ist die eventuelle Heilwirkung von Selbstordversuchen durch Strangulation. *Wagner-Jauregg*, *de Wolf*, *White*, *éré* und *Bréda*, *Pick*, *Pilcz* (cit. n. *Herschmann*) haben darüber berichtet. *lzholz* konnte bei einer vorwiegend depressiven Psychose im Verlauf von rei Jahren einmal geistige und körperliche Erholung nach einem Selbstordversuch, dann Heilung nach vaginaler Totalexstirpation des Uterus egen Myom sehen. *Neumann* sah eine Melancholie ebenfalls nach mißlücktem Selbstmordversuch abklingen; *Jödicke* gibt an, daß größere lutungen epileptische Anfälle hintanhalten können, so habe ein Epilepiker, der sich die A. radialis des rechten Handgelenkes aufschlitzte nd fast pulslos aufgefunden wurde, nach dieser Verletzung mehrere Vochen seine Anfälle verloren. *Savage* beobachtete einmal jedesmal nach iner schweren Lungenblutung eine Besserung des geistigen Zustandes. *Burwinkel* hat bei Stupor wenn auch nur vorübergehende Besserung nach ufälligen Blutverlusten gesehen.

Bach hat aus der Literatur 28 Fälle von günstiger Beeinflussung estehender Geisteskrankheiten durch Trauma zusammengestellt. *Babinski* teilte die Heilung eines Falles von Melancholie durch einen Anfall

von Schwindel, hervorgebracht durch Elektrisierung des Kopfes, mit. *O. Binswanger* berichtet von einer Kranken mit anscheinend chronisch-halluzinatorischer Erregung und ausgeprägter (sekundärer) Wahnbildung, die nach schwerer Commotio cerebri (Sturz aus dem Fenster in selbstmörderischer Absicht) sich geistig völlig klärte und in der Folge andauernd von Halluzinationen befreit war. Die Krankheit hatte schon 6—7 Jahre ganz unverändert bestanden. *Oberholzer* sah eine Katatonie infolge Aspiration und psychischen Schock bei Sondenernährung schwinden, so daß die Kranke auf einige Zeit sich kaum von einer Gesunden unterschied; der Besuch ihres Mannes versetzte sie wieder in ihre alten katatonen Verhältnisse. Wir haben dasselbe bei einem Hebephrenen gesehen nach einer gegen heftigsten Widerstand versuchten Sondenernährung. Der Patient hatte dabei große Angst, mußte von mehreren Pflegern niedergehalten werden und hatte durch einen Tag Temperaturerhöhungen bis 38.2° (Sondenfieber). Er begann selbst zu essen, nahm in acht Wochen 16 kg zu und erschien in dieser Zeit fast gesund; dann Rückfall. Erwähnt sei hier *Harris-Listons* Stuporöse, bei der nach Sondenernährung Gastritis eintrat und mit der Pyrexie zu gleicher Zeit Genesung der Psychose. *Bleuler* sah bei einer Patientin, die „eine besondere Art von unbewußter Krankheitssimulation“ zeigte nach einmaliger Fütterung plötzliche Heilung.

Eine solche Kasuistik ist für den flüchtigen Blick nicht mehr als eine vorübergehend anregende Lektüre. Sie erweckt aber einen Vorwurf und drängt eine Frage auf für den, der nicht mit Achselzucken klinische Ereignisse abzufertigen vermag. Der Vorwurf ist der, daß die Darstellung einseitig sei. Er erledigt sich aber mit dem Hinweis, daß die Kehrseite der geschilderten Tatsachen als allgemein bekannt vorausgesetzt werden kann. In den oben zitierten Worten *Kräpelins* ist hingewiesen auf „die Entstehung geistiger Störungen aus den gleichen Anlässen“. In unserer Kasuistik findet sich nicht leicht ein Heilfaktor, der nicht in der Ursachenforschung der Geisteskrankheiten bekanntlich eine wenn nicht größere Rolle spielt. Es kann ferner gesagt werden, daß im Hinblick auf die bemerkenswerten Heilungsvorgänge, um einer Überbewertung vorzubeugen, wiederholt besonders darauf hingewiesen wurde, daß dieselben Anlässe schon bestehende Psychosen nicht verändern oder verschlimmern können.

Einige Zitate sollen dies, um das für die spätere Kritik notwendige Gleichgewicht herzustellen, zeigen. *Löwenhaupt* und *Winkelmann* sahen keinen bessernden Einfluß der Geburt auf die progressive Paralyse, *Süßtrunk* Verschlimmerung in Form von Anfällen. *Kirn* und *Wildermuth* haben nur Verschlechterung der Epilepsie durch die Menstruation gesehen, ebenso *Bianchini*. *Sachs* äußert sich dahin, daß die Gravidität in einem kleinen Teil der Fälle auf die Epilepsie keinen Einfluß ausübe, in den andern in irgendeiner Weise, welcher Ansicht auch *Saenger* und *Kagan* sind. *Marandon de Montyel* hat den Einfluß der Malaria auf die Epilepsie studiert und fast nur Verschlimmerungen gesehen, was viel

häufiger sei als Besserungen. Zu demselben Ergebnisse kam er (1900) bezüglich der Einwirkung der Malaria auf die Paralyse. *Schüle* konnte keine sichtlichen, jedenfalls keine bessernden Wirkungen der Variola auf das psychische Befinden Geisteskranker sehen. *J. Fischer* hat bei einem Fall von „chronischer Vesanie“ nach Strangulationsversuch mit schwerer achtstündiger Bewußtseinsstörung, *Edel* nach schweren Selbsterdroßlungsversuchen bei einer Paralytikerin und einem 25 jährigen Manne mit akuter halluzinatorischer Verwirrtheit, *Brackmann* unter den gleichen Umständen bei einer akuten Psychose eines jungen Mannes keine Beeinflussung des psychischen Zustandes gesehen.

Um es noch einmal zu betonen: Es besteht gar kein Zweifel darüber, daß der Zahl der bemerkenswerten Heilwirkungen von Psychosen durch bestimmte Faktoren eine überwältigende Mehrzahl an Fällen von Wirkungslosigkeit oder Pathogenität eben derselben Faktoren in bezug auf Psychosen gegenübersteht. Das kann für die Auffassung der ersteren nicht unwesentlich sein. Ferner darf dieses Verhältnis nicht zur Vernachlässigung der einen Seite führen. Das wäre unwissenschaftlich. Das wäre etwas ähnliches, als wenn man zufolge der Tatsache, daß von hundert Syphilitikern etwa nur drei Paralytiker werden, die syphilitische Genese der Paralyse in Zweifel ziehen wollte. Bereits *Schüle* konnte aus der Literatur ersehen, daß das Wechselfieber ebenso häufig, wenn nicht häufiger als einen heilenden, keinen oder einen verschlimmernden Einfluß auf Geisteskrankheiten ausübt; die Heilungen dürften trotzdem „um so beachtenswerter sein, als nicht bloß frischen Primärerkrankungen, sondern ausgesprochenen Sekundärzuständen (Verwirrtheit und sekundärer Blödsinn nebst 1 Paralyse) dieses bessernde Los zufiel (selbst nach 2—5jähriger Dauer)“. Die zahlenmäßige Darstellung über günstigen oder keinen bzw. ungünstigen Einfluß fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen würde, wenn sich heute jemand die Mühe nähme, eine solche zu geben, wahrscheinlich gar nicht anders ausfallen als vor 50 Jahren zur Zeit *Schüles*. Wenn aber dieser schon das seltenere Vorkommnis der Heilung für beachtenswert hält, um so mehr müssen wir es in einer Zeit, in der man bereits in großem Maßstabe praktische Konsequenzen gezogen hat, solange diese noch nicht erschöpft sind. Die therapeutischen Versuche sind weiter im Gange, zum Teil aber auf einem toten Punkte angelangt. Da muß die Forschung um so intensiver einsetzen. Es erhebt sich die oben avisierte, angesichts der bemerkenswerten Heilungsvorgänge sich aufdrängende Frage: Wo ist da das einigende Band?

Zu dieser Frage kann man nur dann mit Aussicht auf Erfolg Stellung nehmen, wenn man sich immer wieder die Tatsache vor Augen hält, die in der folgenden Zusammenstellung beispielsweise zum Aus-

drucke kommt. Es wurde berichtet über Heilung oder Besserung der Epilepsie durch

Menstruation (*Friedmann*),
Schwangerschaft (*Turner*, *Rubeschka*),
Typhus (*Hamilton* u. v. a. s. bei *A. Friedländer*),
Erysipel (*Heßler*, *Lannois*),
Pneumonie (*Tarnowsky*),
Influenza (*Covéos*),
Impfung, Herpes zoster, Urticaria (*Féré*, *Bigwood*),
Leuchtgasvergiftung (*Beyer*),
Blutverlust (*Jödicke*),
chron. Morphinismus (*Anthéaume*),
Migräne (*Flatau*),
Apoplexie (*Brunet*).

Also, verschiedene physiologische — nebenbei zu erwähnen die Pubertätsstillstände der Epilepsie — und pathologische Vorgänge können gelegentlich einen günstigen Einfluß auf ein und dieselbe Geisteskrankheit, hier die Epilepsie, ausüben. Diese verschiedenen Vorgänge ließen sich bestenfalls in drei Gruppen (Generationsvorgänge, infektiöse Prozesse, Gehirnkrankheiten) einteilen, womit aber noch immer nicht die Möglichkeit gegeben wäre, ein einheitliches Prinzip der Heilwirkung in ihnen zu erblicken. Man möchte also annehmen, die Möglichkeit solcher Genesungsvorgänge liege in der Krankheit, im speziellen Falle in der Epilepsie. Dagegen spricht wieder die auch aus der vorliegenden Kasuistik zuentnehmende Erfahrung, daß außer der Epilepsie unter den gleichen Umständen verschiedene (Geistes-)Krankheiten eine günstige Wendung erfahren können. So wird z. B. über Heilungen oder Besserungen durch Arthritismus (Gicht, Rheumatismus) berichtet bei

Laktationspsychose (*Savage*),
enzephalit. Psychose (*Knauer*),
Melancholie (*Savage*, *Règis*),
Migräne (*Trousseau*),
Tuberkulose (*Moeller*).

Also, ein und dieselbe körperliche Krankheit kann bei verschiedenen Psychosen Heilwirkung entfalten. Es scheint, als ob das Heilprinzip im Wesen jener zu suchen wäre. Beide eben entwickelten Annahmen stehen sich nicht nur gegenüber, sondern schließen sich gegenseitig aus. Wenn es überhaupt bei den in Rede stehenden bemerkenswerten Heilungsvorgängen ein Heilprinzip gibt.

dann muß es außerhalb oder über dem Wesen der einzelnen Somatosen und Psychosen bzw. ihrer einzelnen Wechselwirkungen zu suchen sein. Mit der Annahme, daß es der psychische Faktor sei, der, man kann wohl sagen, bei allen genannten Heilfaktoren mit im Spiele ist, dem allein die Heilwirkung zuzuschreiben wäre, wäre das Dilemma mit einem Federstrich erledigt — nicht nur für die Theorie, sondern auch für die Praxis. Bei *Kräpelin* heißt es in dem oben zitierten Absatz diesbezüglich: „Auch das Gefühl der Hilfsbedürftigkeit macht die Kranken vielleicht zugänglicher und lenkt sie von den eingewurzelten krankhaften Vorstellungskreisen ab". Gegen diese Formulierung ist nichts einzuwenden, wohl aber gegen Extremisten, die mit dem Worte „psychisch" die Sache abtun wollen. Es wird später noch darauf zurückzukommen sein. Hier soll zunächst eine kleine Kasuistik den Psychikern etwas zu denken geben.

Es können auch Krankheiten, die außerhalb der psychiatrischen Domäne — in der die Entscheidung, ob physisch oder psychisch nie leicht ist — liegen, auf ähnliche Weise günstig beeinflußt werden. Nehmen wir zuerst Nervenkrankheiten.

Trevelyan berichtet von einem Fall spastischer Lähmung der unteren Extremitäten, Sensibilitätsstörung, Incontientia urinae et alvi, Dekubitus in der Sakralgegend auf syphilitischer Grundlage. Im Anschluß an ein Gesichtserysipel kam es im Verlauf von drei Monaten zu vollständiger, auch noch nach einem Jahr festzustellender Heilung (keine spezif. Therapie). *Witthauer* teilt mit, daß in zwei Fällen von Chorea infolge aufgetretenen Fiebers die motorische Unruhe aufhörte. Die Migräne kann nach *Tissot* und *Oppenheim* nach akuten Infektionskrankheiten auf lange Jahre schwinden. Auch ein Kopftrauma soll nach *Oppenheim* einen ähnlichen Einfluß ausüben. Nach *Trousseau* können Gicht und Migräne abwechseln. *Grober* berichtet die Selbstheilung von lange ohne Erfolg behandelter Basedowscher Krankheit nach vierjähriger Dauer durch Auftreten einer Lungentuberkulose. *Sloan* bezeichnet es neuerdings als Tatsache, daß, wenn die Tuberkulose fortschreitet, bei Morbus Basedow die auf die Thyreoidea bezüglichen Symptome sich bessern. Nach *Buia* soll Paralysis agitans durch fieberhafte Erkrankungen gebessert werden. *Stransky* teilte die günstige Beeinflussung eines Falles von Myasthenie durch eine interkurrente fieberhafte Erkrankung mit. Eine seit fünf Jahren bestehende heftige linksseitige Ischias war nach einem Schlangenbiß in den linken Fuß mit intensiven Allgemeinerscheinungen für immer geschwunden (*Pommerol*), in einem anderen von *H. Meyer* mitgeteilten Falle durch das gleichseitige Auftreten eines fieberhaften Herpes am Oberschenkel die ischiadischen Schmerzen. Ein Kranker *Hoffmanns* hatte an einer Supraorbitalneuralgie „bis zum Unsinnigwerden" gelitten, die sich mit Auftreten einer Ohrblutgeschwulst verlor. *Revault d'Allones* beobachtete die Genesung einer Meningitis bei einem Knaben infolge eines aufgetretenen Abszesses. *Shepherd Ivory* vermerkt die Tatsache, daß während der Schwangerschaft, die Migräne aussetzt. Auch nach *Flatau* können Schwan-

gerschaft, Stillen, Klimakterium das Leiden zum Schwinden bringen. *Caesar* führt das gute Befinden der Migränikerinnen während der Schwangerschaft auf das Sistieran der Menstruation zurück. Ein Fall (*Thies*) von Tabes besserte sich nach der Geburt. Nach *Oppenheim* soll Migräne mit der Entwicklung tabischer Symptome oder schon längere Zeit vorher gänzlich aufhören.

Auch auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten fehlt es nicht an gegenteiligen Berichten. Nach *H. Brüning* wirkten interkurrente Krankheiten verschieden auf den Verlauf der Chorea, in einzelnen Fällen bessernd, in anderen verschlimmernd. Schwangerschaft scheint nach *Thies* und *Straik* die Tabes, der Geburtsakt nach *Kortum* die multiple Sklerose zu verschlimmern.

Nun noch einen flüchtigen Blick in die allgemeine Medizin. Fieberhafte akute Infektionskrankheiten können auf die verschiedenen Stadien der Lues eine heilsame Wirkung ausüben (Literatur bei *Gerstmann*). Gewisse Krankheiten haben nach *Moeller* einen günstigen Einfluß auf den Verlauf der Tuberkulose, so z. B. die Gicht. Es sei lange schon aufgefallen, daß bei Arthritikern die Lungentuberkulose relativ häufig zur Ausheilung kommt. Tuberkulose soll unter Messinggießern selten vorkommen, was auf das sogenannte Gußfieber zurückgeführt wird. *Krause* erwähnt den mächtigen Einfluß, den Typhus, Erysipel und Pneumonie auf gemischtzellige Leukämie ausüben können. Auch beobachtete er die Rückbildung eines ausgedehnten Hautkarzinoms am Halse durch schweres Gesichtserysipel, *Hallopean* die heilsame Wirkung des Erysipels bei Lupus. Auf die günstige Wirkung des Fiebers bei malignen Tumoren und Leukämie hat ferner *v. Jacksch* hingewiesen [1]). An Bronchialasthma Leidende verlieren während und in der ersten Zeit nach einer akuten Infektionskrankheit sehr oft ihre Anfälle (*Storm van Leeuwen*). *Hajos* berichtet das u. a. auch von der Angina pectoris. Das Alternieren von Asthmaanfällen und Ekzemeruptionen wird von *Wiechmann* und *Paal* durch die Zugehörigkeit beider zu dem Krankheitsbild des Arthritismus erklärt. Nach *Hofstätter* kommt es, wenn während einer funktionellen Amenorrhoe oder Oligomenorrhoe irgendeine akute fieberhafte Erkrankung einsetzt, sehr häufig nach vier vis acht Tagen zu einer Genitalblutung. *Paulicek* berichtet, daß bei einer 36 jährigen Frau, bei der seit sieben Jahren eine Polyzythämie bestand, nach normalem Verlauf von Gra-

[1]) In dem Buche von *J. Hericourt*, Le terrain dans les maladies, E. Flammarion in Paris 1927, ist ebenfalls der Antagonismus zwischen Arthritismus und Tuberkulose, Tuberkulose und Karzinom, sowie die Heilung von Karzinom durch Erysipel oder Scharlach besprochen.

vidität und Partus eine dreiviertel Jahre anhaltende, weitgehende Besserung in klinischem und hämotologischem Sinne eintrat.

Unter solchen Umständen ist man wieder geneigt, bei der Deutung der Heilvorgänge mehr auf das physische als auf das psychische Geschehen zu geben, ja die ganze Fragestellung in das Gebiet des Stoffwechsels zu verschieben. Psyche oder Stoffwechsel, der Hebel, an dem der Heilfaktor angreift. Das sind keine Gegensätze mehr, denn beide Mechanismen stehen in Wechselwirkung durch den des vegetativen Nervensystems. Darüber herrscht Einigkeit. Das Lebensnervensystem ist vermutlich für die Wirksamkeit der Heilfaktoren bei den in Rede stehenden bemerkenswerten Heilungsvorgängen das Zünglein an der Wage. Wovon es abhängt, daß es überhaupt oder nach der Seite ad melius oder ad pejus ausschlägt, das wieder ist am Einzelfall zu studieren. Erst auf diesem Umwege werden die Erkenntnisse allmählich konvergieren zu einer Ansicht, der prinzipielle Bedeutung zukommt.

Mag nun ein rein psychischer oder stoffwechsel-chemischer Anstoß erfolgen, der das Lebensnervensystem in Bewegung setzt — was bis zu einem gewissen Ausmaße und Grade ja immer angenommen werden kann — dann muß dieses, falls eine Wirkung auf eine Psychose daraus resultiert, seinerseits auf das Gehirn eine Wirkung ausgeübt haben. Das gilt wenigstens in dem Umfange als Geisteskrankheiten für Gehirnkrankheiten gehalten werden. Die letzte Entscheidung über die Wirkung der genannten Faktoren müßte demnach in der Verfassung des erkrankten Organes, des Gehirns, liegen, oder in der Disposition, um diesen Ausdruck aus der pathogenetischen Forschung zu übernehmen; im günstigen Falle in einer Disposition zur Genesung wie in der Kehrseite des Problems von einer Disposition zur Erkrankung gesprochen wird.

Die Wirkung des vegetativen Nervensystems auf das Gehirn kann von dreifacher Art sein: entweder durch Änderung des Chemismus der funktionstragenden Gehirnpartien oder durch Änderung der Ernährung dieser durch Regelung der Blut- und Liquorzirkulation, welche beide Vorgänge schwerlich streng voneinander zu halten sind; drittens wäre an den dem vegetativen Nervensystem vermittels subkortikaler Hirngebiete vielleicht eigenen tonisierenden Einfluß auf die psychische Aktivität (im Sinne *Berzes*) zu denken. Es werden also bei den Erklärungsversuchen bemerkenswerter Heilungsvorgänge immer die Angriffspunkte: physisch oder psychisch bzw. Stoffwechsel oder Psyche der vermeintlichen Heilfaktoren, dann das vermittelnde vegetative Nervensystem und schließlich die auf verschiedene Art mögliche Reaktion des Gehirns in Betracht zu ziehen sein. Daß sich

darüber nicht viel Sicheres sagen läßt, kann nicht Wunder nehmen, da die zu erforschenden Vorgänge sich auf eben zugrunde gelegten Gebieten — psychisches Agens (Trauma), physisches Agens (Krankheit), die biologische Wirkungsweise beider, das vegetative Nervensystem, die Gehirntätigkeit — in ihrem Wesen ja noch reichlich dunkle Punkte enthalten. Es soll aber trotzdem, um zu zeigen, daß der genannte unvermeidliche Umweg schon beschritten worden ist, einiges vorgebracht werden, was an Erklärungsversuchen bemerkenswerter Heilungen bei Psychosen vorliegt. Daß dabei noch einmal auf vermeintlich einseitige Ansichten eingegangen wird und schließlich auch etwas ferner liegende Gedanken zum Ausdrucke kommen werden, liegt in der Art des Themas, das derzeit ohne spekulative Betrachtungen nicht abzuhandeln ist.

Näcke und *Steinitz* nehmen an, daß durch die Narkose, noch mehr durch die Asphyxie, ganz besonders aber durch die später auftretenden und lange anhaltenden Krämpfe so mächtige Veränderungen in den Zirkulationsverhältnissen des Gehirns stattfanden, daß gewisse Hindernisse nervöser oder lymphatischer Natur usw. hinweggeräumt wurden, vielleicht auch krankhafte Produkte aus den Gehirnzellen selbst resorbiert werden konnten. Damit würde stimmen, daß, sobald die alten Kreislaufverhältnisse sich wieder einstellten, auch die Aufhellung des Geistes bei der sekundär verwirrten Geisteskranken verschwand. *Féré*, der epileptische Anfälle nach Herpes zoster schwinden sah, erklärt sich den Erfolg durch die Annahme einer meningitischen Entstehung des Herpes. *Covéos* führt die von ihm beobachtete Epilepsieheilung durch Influenza darauf zurück, daß es sich nicht um essentielle, sondern symptomatische Epilepsie gehandelt habe, wahrscheinlich infolge von Hydrozephalus, der unter dem Einfluß der fieberhaften Erkrankung zur Resorption gelangt sei. *Lannois* glaubt daraus, daß bei einer Epileptikerin, die zuerst ein schweres Erysipel am Oberschenkel, bald darauf einen schweren Typhus abdominalis durchmachte, während des ersteren die Anfälle viel seltener als gewöhnlich, während des letzteren häufiger und schwerer auftraten, schließen zu können, daß nicht das Fieber als solches, sondern spezifische Toxine, auf die Epilepsie von Einfluß sein können. Die Vermutung, daß verschiedenen Infektionsträgern ein verschiedener Einfluß auf Psychosen zukomme, ist wiederholt geäußert worden; sie liegt auch den Versuchen, die Paralyse mit Recurrens anstatt mit Malariaimpfung zu behandeln, zugrunde. *Trevelyan* ist geneigt anzunehmen, daß das Erysipel als ein auf die syphilitische Infektion (im beschriebenen Falle) gleichsam antagonistisch wirkendes infektiöses Mittel heilend eingewirkt habe. *A. Friedländer* will daraus, daß die beachtenswerten Besserungen im Anschluß oder erst längere Zeit nach dem Typhus eintreten, schließen, daß die durch den Typhus herbeigeführten Stoffwechselveränderungen langsam und allmählich eine teilweise oder völlige Restitution bewirken. *Goodner* sah durch Typhus hauptsächlich bei Melancholien Besserungen und erklärt den günstigen Einfluß durch die Wirkung des Typhus auf die Eingeweide, wohl veranlaßt durch die alten Anschauungen über die Entstehung der

Melancholie. *Hajos* beschreibt vier ätiologisch verschiedene Fälle (Asthma bronch., Dyspnoe bei Hilustuberkulose, Angina pectoris, medikamentöse Urticaria), die unter ähnlichen Einwirkungen (Fieber) gebessert wurden, und möchte die Wirkung vorläufig in einem humoralen Schock, der zu einer Tonussteigerung der sympathischen Fasern führt, suchen [1]). *Bigwood* erklärt das Schwinden der Anfälle bei einem Epileptiker während der Dauer einer Urtikaria mit Rücksicht auf die präparoxysmale Alkalose durch den azidotischen Vorgang der Urticaria. Das gelegentliche Ausbleiben der epileptischen Anfälle nach Knochenbrüchen (*Hajos*) könnte man in Beziehung setzen zu den Befunden *Dannheisers*, wonach nach frischen Knochenbrüchen auf 6—12 Tage eine alkalische Phase auftritt, die von einer saueren von 3—7 Tagen gefolgt ist. *Beyer* nimmt für seinen Fall von Leuchtgasvergiftung an, daß infolge dieser eine Herabsetzung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes stattfand und hierdurch die günstige Beeinflussung des Dämmerzustandes bzw. der Epilepsie bedingt war; auch bei der Crotalinbehandlung nach *Fackenheim* werde ja die vorher gesteigerte Gerinnungsfähigkeit des Blutes durch das Crotalingift ins Gegenteil verwandelt. Hier wäre auch zu erwägen, welche chemisch-physikalischen Veränderungen des Blutes es sind, die nach Blutverlusten Epilepsie günstig beeinflussen können. Bei der Hemiplegie eines Tabikers würde nach *Chalier* und *Nové-Josserand* die Herstellung der Reflexe auf dem Wege einer Reizung erfolgen, welche von der zerebralen Läsion ausgehend, das motorische Neuron in Spannung versetze. Die Heilung einer Epilepsie durch Apoplexie (*Brunet*) könnte man sich so vorstellen, daß der zum Anfall führende, von einer umschriebenen Stelle des Gehirnes ausgehende Reiz durch den Blutungsherd, wie durch eine Zirkumzision, blockiert wird. Auch wäre daran zu denken, daß die mit der Arteriosklerose verbundene Cholesterinämie eine Disposition zur Heilung der Epilepsie schafft. Cholesterinzufuhr wird von Stoffwechselforschern bei Epilepsie (*Pezzali*, *de Crinis*) therapeutisch empfohlen [2]). Wichtig ist eine Mitteilung *Curschmanns*, dahingehend, daß bei einer in der Gravidität rezidivierenden Epilepsie die Anfälle im siebenten Monat auftraten, drei Wochen vor der Geburt unter dem Einfluß einer von hohem Fieber begleiteten Infektion verschwanden, womit eine mit Halluzinationen und Delirien einhergehende Psychose auftrat. Damit stimmt auch der Hinweis *Ammanns* überein, daß durch eine fieberhafte Krankheit die Anfälle durch die anfallshemmende Wirkung der erhöhten Körpertemperatur zurückgehalten werden und dann

---

[1]) Ich verweise auf meine diesbezüglichen Äußerungen in Zschr. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 97.

[2]) Durch die Heranziehung von Alkalose, Azidose, Gerinnbarkeit, sowie Cholesteringehalt des Blutes zur Erklärung bemerkenswerter Heilungen bei Epilepsie wird es ersichtlich, welche Kleinarbeit zur Lösung des hier aufgerollten Problemes notwendig sein wird. Die derzeitigen Ansichten über die hier genannten humoralpathologischen Faktoren bei Epilepsie zu besprechen, ginge über den Rahmen der Arbeit hinaus. Es sei hingewiesen auf: *de Crinis*, Epilepsie in *Kraus-Brugsch*, Spez. Pathol. u. Therapie inn. Krankh., *Wuth*, Untersuchungen über die körperlichen Störungen bei Geisteskrankh., Berlin 1922, *Wuth* und *Kafka* in *Bumkes* Handb. der Psych. III. Bd. 1928.

psychische Störungen auftreten. Eine solche Transformation ist, wie der Autor auch hervorhebt, etwas bekanntes; der Nachweis aber, daß sie durch eine fieberhafte Krankheit bewirkt werden kann, verdient vermerkt zu werden. Denn dadurch ist nicht viel weniger gesagt, als daß durch diese auf irgendeine Weise die Reaktion des Gehirnes in seiner Art verändert wird. *Hoppe* hat ferner gefunden, daß sich für die Beurteilung des Einflusses der akuten Infektionskrankheiten die kroupöse Pneumonie wegen ihres raschen Ein- und Aussetzens sehr eignet und hat auf die Retention von Kochsalz und Bromiden während der Pneumonie hingewiesen, was bei der Epilepsie in Betracht zu ziehen ist; es ist denkbar, daß auf diese Weise durch Bromretention bei in Brombehandlung und kochsalzarmer Diät stehenden Kranken ein Sistieren der Anfälle bewirkt wird, wobei freilich zu beachten ist, daß wie *Hoppe* bemerkt, sich der Halogenumsatz nicht bei allen Infektionskrankheiten gleich verhält.

Bezüglich der nach Suizidversuchen durch Erhängen eintretenden Genesung sei, wenn auch bei näherem Studium die bekannte Debatte zwischen *Wagner-Jauregg* und *Moebius* nicht übergangen werden dürfte, hier nur auf die Angabe *Herschmanns* hingewiesen, daß auch in allen Fällen, wo es sich nicht um pathologische, sondern psychologisch motivierte Depressionen handelt, häufig nach der Wiederbelebung von Suspension eine eigenartige gegenstandslose und durch keinerlei Hinweise auf die Tat selbst oder deren Motive zu beeinträchtigende Euphorie beobachtet werden kann. Auf Grund einer Beobachtung, wonach ein in der Bewährungsfrist stehender Morphinist nach einem Suizidversuch durch Schnitte an den Handgelenken seine bis dahin bestandene depressive Stimmung und das scheue Wesen verlor, freundlich und heiter wurde, möchten wir glauben, daß ein beliebiger Suizidversuch an sich, als eine Gipfelhandlung, eine nachfolgende Entspannung von der Art einer sekundären Hyperthymie zur Folge hat. Andererseits aber hat *Stierlin* auf die abnorme heitere „Verstimmung" in einzelnen Fällen bei Verunglückten (Erdbeben, Eisenbahnunfällen) hingewiesen, die vielleicht mit den vasomotorischen Störungen in Zusammenhang stehe und einen merkwürdigen Widerspruch zu der oft traurigen Lage der Verunglückten bilde. Hier also passives Erleiden, das Gegenteil von einer Gipfelhandlung.

Beim Kopftrauma spielt wohl zweifellos die Veränderung der Blutzirkulation im Gehirn die Hauptrolle. Und zwar sprechen sowohl Autopsien klinischen als auch tierexperimentellen Materials dafür, daß es durch den mechanischen Schock zu einer Lähmung der Hirngefäße kommt (*M. Friedmann*, *Koeppen*, *Lunzenberger*, *Kühne*, *H. Berger*, *Dreyfuß*, ferner von otologischer Seite: *R. Müller*, *Rhese*, *Brunner*). Wieweit diese Hirngefäßparesen zurückzuführen sind auf mechanische Störung vasomotorischer Zentren oder der Gefäß-

wände selbst oder Schädigung dieser durch toxische durch Erschütterung des Hirngewebes entstandene Substanzen, scheint uns aus allen bisherigen Befunden noch keineswegs klar hervorzugehen. Als örtliche Reaktion in Betracht zu ziehen ist die Liquordruckerhöhung nach Kopftraumen (*Quincke*, *Weitz*) und Ganglienzellveränderungen, die mechanisch oder reaktiv (abnorme Durchlässigkeit der Gefäße) bedingt sein können. Es darf aber nicht übersehen werden, zumal bekanntlich ein Kopftrauma oft erst nach längerer Zeit eine Psychose auslöst, daß es auch mit irgendwelchen Veränderungen im Körper einhergehen kann. So weisen *Loeper* und *Verpy* auf hämatologische Veränderungen hin. *Ceni* hat bei einem jungen Manne mit Schädeltrauma und schwerer Gehirnerschütterung völligen Stillstand der Spermatogenesis mit dem Charakter einer akuten Atrophie der Hoden, der canales efferentes, epididymis und duct. deferentes konstatiert und dasselbe in Tierversuchen gefunden. All dies ist auch bei den durch Kopftraumen bewirkten unerwarteten Heilvorgängen bei Psychosen in Erwägung zu ziehen. *Bach* kommt zu dem Schlusse, daß die nach Traumen sich einstellende Eiterung eine große Bedeutung für die Besserung einer Psychose habe, aber nicht der einzig wirkende Faktor sei. Der physikalische, wie der fast immer verbundene psychische Schock seien in manchen Fällen die einzige Ursache der Genesung, ferner kämen als solche die häufig nach Traumen notwendige Bettruhe, wie eine eventuelle Operation in Betracht[1]).

An direkte Wirkung auf das Gehirn ist in erster Linie auch zu denken bei den gelegentlich durch Chloroformnarkose, Leuchtgasvergiftung, Strangulation und eventuell schweren Blutverlust vermittelten Heilungsprozessen. Nach *H. Berger* erweitert Chloroform die Blutgefäße des Gehirnes. Wir können Zellkörperschädigungen als Ausdruck chemischer Veränderungen durch Gifte (Narkose) annehmen (*H. Wright*). Ebenso kommt es bei mechanischer Verhinderung der Atmung nach *Soukhanoff* zu asphyktischen Ernährungsstörungen im Gehirn. Prinzipiell gleich sind die Ganglienzellenveränderungen, die durch akute Anämien hervorgerufen werden (*Scagliosi*, *Massaro*, *Belitzki*). Bei all diesen Heilfaktoren wird man aber auch an eine Allgemeinreaktion, sowie an eine Mitbeteiligung des psychischen Faktors denken müssen.

Besonders schwierig, diese einzelnen Faktoren annähernd richtig

---

[1]) Im 18. Band der Neuen Deutschen Chirurgie, herausg. von *Küttner*, Verl. Enke, Breslau, in welchen ich leider nicht Einsicht nehmen konnte, soll *Schröder* sich mit der Frage der Heilungen der Psychosen durch Kopftraumen auseinandersetzen.

einzuschätzen, ist es bei dem so alltäglichen Vorgange der Menstruation. Es ist darauf hingewiesen worden, daß diese gelegentlich die Heilung einer Psychose fördert. Wenn es auch ungleich seltener ist als das Gegenteil, so ist es vom arbeitshypothetischen Standpunkt zulässig, über die mögliche Wirkungsweise der Menstruation einige Worte zu verlieren. Die in der Psychiatrie immer erste und letzte Frage: Physisch oder Psychisch? läßt sich in diesem Zusammenhange nicht nur nicht umgehen, sondern muß in der Grenze des Möglichen beantwortet werden. *Bleuler* hat z. B. unter anderem darauf hingewiesen, wie schwierig es ist, die gewöhnlichen Menstruationsstörungen im Sinne von Schmerzen und Krämpfen nach der Hinsicht zu beurteilen. Diese seien rein psychisch ausgelöst, wie man u. a. daraus ersehe, daß sie bei denjenigen Geisteskranken, die diese Dinge unbeachtet lassen, nicht vorkommen. Mit einem gewissen Recht könnte man umgekehrt sagen, daß Änderungen des psychischen Befindens bei solchen Geisteskranken die mit der Menstruation einhergehen, physisch bedingt seien. So einfach ist die Sache allerdings nicht. Bei akuten Fällen von Schizophrenie kann man z. B. Schwangerschaftswahn und Amenorrhöe beobachten. Wenn dann nach Monaten die Menstruation wieder eintritt, klingt die Krankheit ab. Man kann ruhig annehmen, daß die Vorstellung, schwanger zu sein, bei Mädchen eine dominierende, die Psyche schwer belastende Rolle spielt, die ausgespielt ist in dem Augenblicke des Wiedereintrittes der Menstruation. Es kann aber auch das Sistieren dieser als ein Symptom der endogenen Erkrankung das Primäre, der Schwangerschaftswahn das Sekundäre sein, und der Wiedereintritt der Menstruation Symptom der Regelung der innersekretorischen Verhältnisse, das ganze also physisch bedingt. Der Einfluß der Menstruation auf eine Psychose, der, wie erwähnt, selten ein günstiger ist, ist im gegebenen Fall, zeitlich nicht gebunden an die sichtbare Blutung, derart prompt und eklatant, daß die Vermutung der organischen Kausalität nahe liegt. Diese erhält eine Stütze durch die Betrachtung, in welchem Grade und Umfang die Menstruation imstande ist, sich organisch auszuwirken und welche Zustandsänderungen der Psychose sich daraus ableiten lassen.

Über durch die Menstruation hervorgerufene physische Veränderungen liegt bereits eine ganze Reihe von Tatsachen vor. Wer kennt nicht das menstruelle Auftreten eines Furunkels oder Herpes labialis, das Deutlicherwerden einer Apicitis? Bei den verschiedensten Dermatosen sind Verschlimmerungen zur Zeit der Menstruation beobachtet worden. Es gibt Fälle von prämenstruellem Basedowoid, seltene Formen von prämenstruellem Aszites. Der Blutdruck kann

im Prämenstruum erhöht sein. Es sei hingewiesen auf die Leukozytose bei menstruell erregten Schizophrenen (*Itten*), auf den Paralellismus zwischen Menstruationsstörungen und Körpergewichtsschwankungen bei Psychosen (*Haymann*), die Verstärkung der Dermographie zur Zeit der Menstruation (*Lapinsky*), die Erhöhung des Blutjodspiegels, Vermehrung des Lipoidgehaltes im Blute, die Veränderungen im Verhalten des vegetativen Nervensystems und im Chemismus der Körpersäfte überhaupt, Beweise dafür, wie sehr der menstruelle Vorgang in das organische Geschehen eingreift.

Unter solchen Umständen kann es nicht Wunder nehmen, wenn das Gehirn dabei auch betroffen wird, zumal es durch Lockerung der Blutliquorschranke, wie mehrfach nachgewiesen, physikalisch-chemischen Einflüssen zugänglicher ist. *Mucha* hat über einen Fall von Katatonie im Anschluß an die erste Menstruation berichtet, *Hoff* über Manifestwerden latenter Gehirnerkrankungen durch die Menstruation. Ungleich häufiger ist die menstruelle Beeinflussung einer bestehenden Psychose und wohl vor allem der Schizophrenie. Bei akuten und sich chronisierenden Fällen ist eine menstruell bedingte Veränderung des Zustandsbildes fast die Regel, bei chronischen die Ausnahme. Sie setzt gewöhnlich mit dem Prämenstruum, selten erst mit der Blutung ein, wenn sie sich als Verstärkung der Krankheitserscheinungen äußert, nach der Menstruation, wenn das Gegenteil der Fall ist. Sie geht mit subfebrilen Temperaturen einher. Man kann die Beobachtungen manchesmal auch bei fehlender Blutung als Ausdruck des Ovulationszyklus machen. Es liegt nichts näher, als die Art der Wechselbeziehung zwischen Menstruation und Psyche bei Schizophrenen direkt abhängig zu machen vom Zustand des Gehirnes, sie als menstruelle Herdreaktion aufzufassen. Für diese Annahme sehr wichtig ist ein therapeutisches Experiment von *Pötzl* und *Wagner*. Sie haben bei einer paranoiden Schizophrenen, die regelmäßige menstruelle Exazerbationen hatte, die Ovarien entfernt und ein halbes Ovar unter die Bauchdecke implantiert. In der darauffolgenden viermonatigen Amenorrhoe blieben die Erregungszustände aus, um mit dem Auftreten der durch das Implatant bewirkten Menstruation wiederzukehren. Die Autoren sprechen von einer gegen die Hormonwirkungen der Keimdrüsen gerichteten Überempfindlichkeit, die insofern als spezifisch und elektiv zu betrachten sei, als sie sich gerade gegen die Psychose richtet und diese in allen ihren Einzelsymptomen[1]) exazerbieren läßt. Diese

[1]) Ich mache seit Jahren die Beobachtung, daß bei Schizophrenen Pupillenungleichheit oft nur während der Menstruation zu sehen ist oder, wenn sie dauernd besteht, deutlicher wird.

Überempfindlichkeit dürfe als konstitutionell bezeichnet werden[1]). Wir glauben sie als Herdreaktion, als Ausdruck krankhaft veränderter Hirnkonstitution ansprechen zu müssen, weil fast nur nicht veraltete Fälle menstruell exazerbieren. Bei ihnen ist das Gehirn, bei dem der Krankheitsprozeß in vollem Gange ist, gegen den Menstruationsvorgang überempfindlich — wie andere erkrankte Organe — was bei den Endzuständen seltener der Fall ist. Diese wären aber zufolge ihres Geisteszustandes eher imstande, auf die Menstruation psychisch zu reagieren, was aber nicht zutrifft. Darauf könnte sich weiter die Annahme stützen, daß sich die Menstruation organisch auf die Psychose auswirkt. Doch kann noch nicht die allgemeine Regel aufgestellt werden, ob es der physiologische Menstruationsmechanismus ist, der sich so auswirkt, oder ein pathologischer. Letzteres insofern, als zu einer Zeit besonderer Aktivität innersekretorischer Drüsen, bei Dysfunktion dieser, ein latent schädigendes Agens sich zu einer Wirksamkeit entfaltet, die eine toxische Irritation des Gehirns darstellt. Daran muß gedacht werden, solange von Dysfunktionen innersekretorischer Organe bei der Schizophrenie und anderen Psychosen die Rede ist. Die Tatsache der menstruellen Exazerbationen von Haut- und Lungenkrankheiten macht es aber fast unmöglich, eine solche Erklärung allein für die Wirkung des Menstruationsvorganges auf Psychosen aufrechtzuerhalten.

Eine wegen der wenigen in der Literatur berichteten, anscheinend durch den Menstruationsvorgang bewirkten Heilungsvorgänge bei Psychosen so weitläufige Auseinandersetzung zu führen, ist in der Absicht gelegen, an diesem alltäglichen Vorgang die zwei Seiten aufzuzeigen, denen wir in unserem Thema immer begegnen: derselbe Faktor als krankmachend und heilend. In dem ersten Falle hat sich das Bestreben eingebürgert, sich den Vorgang organisch vorzustellen, in dem letzteren Falle glaubt man immer zur Annahme des post hoc ergo propter hoc berechtigt zu sein. Auf diese Weise erspart man sich allerdings mühselige Forschungen. Wir machen nun weiter den Versuch, Ansätze zu solchen zu geben.

Daß der Heilwirkung interkurrenter Krankheiten auf Psychosen eine so verschieden große Bedeutung beigemessen wird, wie es tatsächlich der Fall ist, hängt zum Teil davon ab, daß eine solche relativ

[1]) Ich schließe mich der Meinung an, möchte aber für die richtige Beurteilung darauf hinweisen, daß offenbar, wie auch aus weiter oben gemachten Angaben hervorgeht, die drei Organe: Haut, Lunge und Gehirn in krankhaftem Zustande gegen die Menstruation empfindlich sind; vielleicht ein Analogon zur Ödembereitschaft der drei Organe (*Wahlgreen*).

selten ist. Es sei wieder darauf hingewiesen, was diesbezüglich schon *Schüle* gesagt hat und noch hinzugesetzt, daß die Seltenheit einer Erscheinung in der Medizin nicht berechtigt, dieselbe deswegen unbeachtet zu lassen, ja daß gerade sie unter Umständen zu Verallgemeinerung führen kann. Zum anderen Teil liegt die verschiedene Bewertung des Heilfaktors in der geteilten Auffassung, ob man es mehr mit einem psychisch oder physisch wirksamen Faktor zu tun hat. Wer der ersteren Ansicht ist, wird unmöglich in der Heilwirkung des Fiebers einen für die Praxis verwertbaren Gegenstand erblicken, da ja die psychische Einwirkung auf Psychosen sich heute in ganz anderen Bahnen bewegt (Beschäftigungstherapie, systematische Psychotherapien). So betrachtet *Kläsi* die gelegentlichen Besserungen bei Schizophrenie nach fieberhaften Krankheiten oder nach Verabreichung pyrogenetischer Mittel „in der Hauptsache wenigstens... als Wirkungen des während der Bettlägerigkeit und Pflegebedürftigkeit wiedergewonnenen besseren Rapportes des Kranken mit dem Arzt". Wer eine genügende Erfahrung darin hat, wie bei der Schizophrenie die anscheinend schwersten psychotischen Erscheinungen oft plötzlich von fast völliger Klarheit und geordnetem Verhalten von kurzer Dauer abgelöst werden kann, welche Rolle bei so auffallenden Zustandänderungen schon Besuche oder Wechsel von Pflegepersonen haben können, wer die Erfolge der von *Bleuler* angeregten Frühentlassungen kennt, wer die psychologischen Mechanismen, wie sie besonders die Züricher Schule bei Schizophrenie aufgedeckt hat, ihrem Wesen nach einigermaßen zu erfassen gelernt hat, wer mit einem Wort den Begriff der Schizophrenie versteht, der wird auch die Meinung *Kläsis* nicht kurzer Hand von sich weisen können.

Einige Beispiele mögen die psychische Beeinflußbarkeit der Schizophrenen illustrieren.

Savage berichtet von einem Kranken, der fünfzehn Monate lang in Bethlem weilte, und während dieser Zeit wie eine wahre Bildsäule des Weh's dagestanden hatte, ohne zu sprechen oder zu essen oder sonst etwas mit sich anfangen zu lassen, dann plötzlich aufwachte, als er „ungeheilt" aus der Anstalt entlassen worden war, unbehindert sprach und zwölf Jahre lang gesund blieb. Bei einer jungen, vollkommen stupiden Patientin *Fischers* (c. n. *Schüle*) entwickelte sich aus einer harmlosen Spielerei der Genesungsvorgang. *Oberholzer* sah einen Schizophrenen nach halbjähriger Krankheit (Depressionszustand) plötzlich gesunden im Anschluß an einen Bootsunfall, bei dem sein Freund ertrank, er selbst mit vieler Mühe sich rettete; er war jahrelang gesund, wurde erst bei neuerlicher Aufnahme als Schizophrenie diagnostiziert. Auch *Schüle* spricht von der mitunter heilsamen Wirkung des psychischen Schocks auf schwere Irrseinszustände und zitiert *Robertson*, wonach eine halluzinierende Puerpera, welche sich

infolge der Stimmen für einen Mann, Peter, hielt, unmittelbar nach der Begegnung mit ihrer in die Anstalt gebrachten Schwägerin genas.

Man kann solchen Tatsachen gegenüber die Augen nicht verschließen. Die *Kläsis*che Auffassung, die auch *Kräpelin* (s. oben) in Erwägung gezogen hatte, ist aber sicher zu einseitig. Wir können uns der Meinung nicht anschließen, daß der psychische Faktor, wie er genauer umschrieben ist, „in der Hauptsache“ die Heilwirkung darstelle. Und zwar aus folgenden Gründen: Es werden auch Krankheiten (Epilepsie, Melancholie, Paralyse) durch fieberhafte Erkrankungen günstig beeinflußt, bei denen der Herstellung des Rapportes bei weitem nicht die therapeutische Bedeutung zukommt, wie bei der Schizophrenie. Es werden auch Nervenkrankheiten (Morb. Basedowi, progressive muskelatrophie, multiple Sklerose) und verschiedene Körperkrankheiten (Lungentuberkulose, Leukämie) durch Infektionskrankheiten gebessert. Schließlich hat man bei der Einwirkung fieberhafter Krankheiten auf Psychosen, und besonders auf Schizophrenie, darauf zu achten, ob die geistige Klärung nur vorübergehend während der Körperkrankheit besteht, oder ob sie erst kürzere oder längere Zeit nach Ablauf dieser eintritt. In ersterem Falle muß man es vorläufig wohl dahingestellt sein lassen, inwieweit die Besserung des Zustandsbildes psychisch oder physisch vermittelt ist. Jedenfalls darf man dabei nicht außer acht lassen, was wohl niemandem, der sich mit dieser Frage beschäftigt hat, entgangen sein dürfte, daß die Psychose sich häufig während des Fiebers in allen ihren Symptomen verschlechtert, wie z. B. *Beckmann* für seine durch Erysipel geheilte Amentia angibt[1]). In letzterem Falle, bei Genesung oder Besserung

[1]) Besonders wenn die körperliche Krankheit eine fieberhafte ist, so bin ich geneigt, psychische Veränderung im Sinne einer Lebhaftigkeit, Euphorie, als direkt vom Fieber abhängig, also somatisch zu betrachten. Und zwar deswegen, weil ich bei Schizophrenen in den Stunden artefiziellen Fiebers derartiges wiederholt gesehen habe. Mutazistische werden gesprächig und unterhalten sich köstlich mit der Pflegeperson. Eine Schizophrene, die seit Monaten vollkommen untätig war, zeichnete mit Farbstiften im Fieber aus dem Gedächtnis richtig und ihrem Talent entsprechend gut eine Landschaft. Mit Abfall des Fiebers sind alle diese Erscheinungen verschwunden, auch wenn die Kranken weiter zu Bett bleiben und man sich mit ihnen nicht weniger beschäftigt als vorher. Ich bin auch zu der Ansicht gekommen, daß die Aufhellungen des Geistes in der Todesstunde, die Laien mystisch zu deuten geneigt sind, deren Vorkommen, wie *Näcke* betont, unendlich selten ist, und wobei von einer durchgreifenden Umwandlung der psychischen Persönlichkeit nach *Albrand* nicht die Rede sein kann, hauptsächlich auf Rechnung des Fiebers zu setzen sind. Viele Menschen sterben ja in hohem Fieber (Pneumonie). *Brasch* hat angegeben, daß die von *Goldscheider* und *Flatau* experimentell

der Psychose in der Rekonvaleszenz von der Körperkrankheit, muß aber der psychische Faktor wohl fast ganz ausgeschaltet werden. Gefahr, Arzt- und Pflegebedürfnis sind vorüber, der Kranke bewegt sich häufig schon wieder in seinem gewohnten Geleise; trotzdem merkt man, wie aus der Literatur zu entnehmen ist, wie sich allmählich eine geistige Zustandsbesserung entwickelt, häufig Hand in Hand gehend mit der körperlichen Restitution. Diese hier gegen die Psychogenese der Heilwirkung eingreifender körperlicher Erkrankungen auf Psychosen angeführte Tatsache ist nun nicht etwa eine Konstruktion der jetzigen Fiebertherapieära, sondern Beobachtung zum Teil älteren Datums. So hat man schon bei den bei Paralyse gemachten Einreibungen mit Brechweinsteinsalbe den Erfolg nicht selten erst, wenn die Wunde zur Vernarbung gelangte, gesehen (zit. nach *Wachsmuth*). Es ist wahrscheinlich kein Zufall, daß auf der Versammlung der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen 1897 in Halle gerade *Ganser* an *Binswanger* die Frage stellte, ob bei Typhus abdominalis und Bakterium coli-Impfungen die Besserung plötzlich oder allmählich eingetreten sei. Die Antwort lautete dahin, daß sowohl nach Typhus wie nach den Impfungen die geistige Klärung erst nach Ablauf einiger Wochen eintrat.

Die Infektionskrankheiten und die meisten hier angeführten Heilfaktoren sind, um es noch einmal zu sagen, als Ursachen von Geisteskrankheiten bekannt. Als solche werden sie, wenn überhaupt dem Verständnis nähergerückt, fast durchweg als organisch auf das gesunde oder disponierte Zentralnervensystem einwirkend gedacht. Warum soll nun ihre Wirkung auf das kranke oder zu Heilung disponierte Zentralnervensystem eine vorwiegend psychische sein? Das ist viel weniger verständlich als wenn wir in beiden Fällen dieselbe Wirkungsweise, und zwar nach dem derzeitigen Stande unserer Kenntnisse eine vorwiegend physische, annehmen und den Effekt nicht zuletzt von der Reaktionsart des Gehirnes abhängig machen.

---

bei überhitzten Tieren gefundenen Ganglienzellveränderungen sich auch beim Menschen bei einer kontinuierlichen, dem Tode vorangehenden mehrstündigen Temperatursteigerung um mehr als 3° C finden. Ich glaube also, daß es meistens das Fieber ist, welches bei Sterbenden einen Reizzustand des Gehirnes setzt, in welchem gelegentlich durch den Kontrast zum früheren psychischen Befinden wunderbar erscheinende intellektuelle Leistungen vorkommen. Es ist allerdings nicht unbestritten (*E. Meyer*), daß besondere typische Veränderungen der Ganglienzellen durch Erhöhung der Körpertemperatur hervorgerufen werden, wodurch aber meine Annahme keineswegs hinfällig wird. Nebenbei sei hier auf die von *Berze* angenommene hypophrene Hypermnesie sterbender Greise hingewiesen.

Damit ist man aber auch gezwungen, bemerkenswerte Heilungsvorgänge, die mit einer psychischen Einwirkung in evidentem Zusammenhange stehen, wie eben der Fall *Oberholzers* (Ertrinkungsgefahr), in die Frage: Physisch oder psychisch einzubeziehen. Denn daß Gemütsbewegungen bei der Entstehung von Geisteskrankheiten eine gewisse Rolle spielen, steht fest. Dabei handelt es sich nicht nur um Krankheiten, die man unter Psychogenie (Hysterie) subsumieren kann. Dadurch schon muß die Möglichkeit von durch Emotion hervorgerufenen organischen Vorgängen erwogen werden. *Mott* hält eine Beeinflussung der Innendrüsen, besonders der Nebennieren und Thyreoidea durch Emotion für wahrscheinlich. *Deutsch* fand Sinken des Grundumsatzes unter Einfluß von Gemütsbewegungen. Nach *Glaser* erfolgt die Wirkung von Umwelteinflüssen, darunter auch sensorisch vermittelten, auf die innere Sekretion über sensitiv-vegetative Reflexe. *Lützenkirchen* beschrieb einen Fall von Dystrophia adiposogenitalis „im Anschluß an langdauernde, schwerste psychische Affektionen, möglicherweise auf dem Boden konstitutioneller Disposition". Affektglykosurie, psychischer Schock als Ursache von Diabetes mellitus, Schreckbasedow, psychotraumatogene Sklerodermie seien erwähnt.

Oberholzer macht sich Gedanken darüber, warum in seinem Falle das affektreiche Ereignis von einer Besserung gefolgt war, die viele Jahre anhielt und als Heilung imponierte. Den leichten Erkrankungsfall allein werde man dafür nicht verantwortlich machen können. Vielleicht aber, meint er, könnte einen Anhaltspunkt die interessante Andeutung des Kranken bei seiner letzten in viel schwererem Zustand erfolgten Aufnahme geben, daß er etwas ähnliches als Heilversuch jetzt erwarte. Nun, *Bresler* berichtet von einem an Gehörstäuschungen sexual-persekutorischen Inhaltes aufs Furchtbarste und manchmal bis zu Mord- und Selbstmordbereitschaft gepeinigten Patienten, der sonst klar war, welcher ihn um einige heiße Bäder von 40° bat, nach denen er sich tatsächlich etwas erleichtert fühlte. Ob hier die Wunscherfüllung, also das Psychische, das allein Wirksame war? *Bresler* knüpft jedenfalls an den Fall hydro- bzw. pyrotherapeutische Betrachtungen an.

Alle derartigen Erwägungen leiden darunter, daß jeder Autor von seinen Beobachtungen, das sind einzelne Fälle, spricht und sich selbstverständlich vor Verallgemeinerungen hütet. Von den Heilwirkungen durch fieberhafte Krankheiten (*Wagner-Jauregg*), Trauma (*Bach*) und den Spätgenesungen (*Kreuser*, *Petrén*) abgesehen fehlt es an umfassenden Bearbeitungen, wie sie eben durch Ausarbeitung und Er-

weiterung dieses Materials, d. i. unter Einbeziehung der verschiedensten Heilfaktoren, zur Klarstellung der Ätiologie bemerkenswerter Heilungsvorgänge bei Psychosen führen könnten[1]).

Wir haben ganz allgemein die Vermutung ausgesprochen, daß es wahrscheinlich vom vegetatitven Nervensystem abhängt, ob ein das Individuum treffender Reizkomplex (Trauma, Krankheit usw.) in einer wesentlichen Abänderung der Hirnfunktion zum Ausdruck kommt oder nicht. Es wurde auch ausgesprochen, daß die Art der Hirnfunktionsänderung wesentlich vom Zustand des Gehirnes abhängig sein müsse, und haben durch die Erklärungen, die *Covéos* und *Féré* für ihre Epilepsieheilungen gegeben haben, bereits Hinweise dafür

---

[1]) *Mantegazza* (Das nervöse Jahrhundert — S. 44) schreibt: „Einen anderen Beweis für die gesteigerte Nervosität unseres Zeitalters finden wir auf dem Gebiete der Medizin, und es ist besonders *Beard*, der denselben vorgebracht hat.

Fieberkrankheiten und akute Entzündungen haben an Zahl und Intensität abgenommen. Schon mein gelehrter Freund *Alfonso Corradi* hatte vor vielen Jahren auf den Antagonismus zwischen Gicht und Tuberkulose hingewiesen; heute können wir auf einen anderen hinweisen, ich meine den zwischen Nervenleiden und Entzündungen.“ Vielleicht ließe sich das hier gesagte heute schon statistisch nachweisen, was der Ansicht von der psychischen Wirkung fieberhafter Krankheiten auf Psychosen nicht dienlich wäre, vielmehr dafür spräche, daß das Vorhandensein verschiedener Krankheiten in einem Organismus unter Umständen biologisch (stoffwechselchemisch) nicht möglich oder ohne gegenseitige Beeinflussung nicht möglich ist. Die Vermutung *Krafft-Ebings*, daß Karzinom bei Irren etwas seltener vorkomme als bei Gesunden, die Modifikation klinischer Symptome einiger Psychosen im Laufe der Zeiten (*Mingazzini*), das sind Dinge, die sich vielleicht einmal in eine großzügige Auffassung über die Wechselbeziehungen zwischen Körper- und Geisteskrankheit und über die „Interferenz der Krankheiten“ (*Turnowsky*) überhaupt werden einreihen lassen.

Bleuler erwähnt, daß die Neigung zu Infektionen bei Schizophrenen keine große sei. Nach meiner Erfahrung infizieren sich besonders bei Katatonikern Hautwunden relativ selten. Vielleicht gehört das auch in das Kapitel des erwähnten Antagonismus. *Csépai* hat nämlich gezeigt, daß Basedowkranke für Tonsillitis follicularis empfänglicher sind als nicht thyreotoxische Personen und erwähnt den von *Lenart* und *Sander* geführten Nachweis, daß die Adrenalinempfindlichkeit *Dick*-positiver Kinder beträchtlich größer ist als die der *Dick*-negativen. Demnach scheine die sympathikotone oder vagotone Einstellung des vegetativen Nervensystems für die Empfänglichkeit für Infektionen eine Rolle zu spielen, erstere mit steigender, letztere mit herabsetzender Wirkung. Bei Schizophrenie nun haben wir es bei vielen Fällen mit Adrenalinunempfindlichkeit und anderen vagotonen Symptomen zu tun, wie von mehreren Autoren gezeigt wurde; deshalb vielleicht das seltenere Vorkommen von Infektionen. Wenn es umgekehrt wäre, wären vielleicht die Schizophrenien seltener

erbracht. Was die Wirkungsweise der Infektionskrankheiten betrifft, denkt man auch einerseits an eine vorteilhafte Änderung des Stoffwechsels, andererseits an pyretische und hyperämische Wirkung auf das Gehirn. In ersterem Falle kommen die mit dem Fieber einhergehenden und die durch Krankheitserreger oder Toxine verursachten Veränderungen des Stoffwechsels in Betracht; in letzterem Falle muß es schon dahingestellt bleiben, ob die Wirkung bloß eine funktionelle (Hyperämie) ist. Oder mit anderen Worten: es handelt sich um Körperreaktion oder Herdreaktion oder um beides. Das kann man ruhig sagen, weil die Infektionskrankheiten, wie die übrigen erwähnten Genesungsursachen auch als Krankheitsursachen von Psychosen hin-

---

und milder (?). Es lassen sich noch weitere Gedanken anreihen: Es wird angenommen, daß der Alkaleszenzgrad des Blutes zur Bakteriengiftfestigkeit des Körpers in geradem Verhältnisse stehe, sodaß Abnahme der Blutalkaleszenz die Krankheitsbereitschaft für Infektionen erhöht (ich zit. nach di *Gaspero*). Nun haben wir es bei der Katatonie (ob das für die Dementia praecox überhaupt gelten kann, ist unwahrscheinlich) nach *Schmidt* mit vermehrtem Alkaleszenzgehalt (nach der *Engel*schen Methode) des Blutes zu tun. Zwischen diesem, der Adrenalinunempfindlichkeit, der daraus und aus anderen Erwägungen postulierten, aber sehr umstrittenen Hypothyreose und der geringeren Neigung zu Infektionen bei Schizophrenie muß also, wenn das ganze nicht reine Spekulation ist, ein Zusammenhang herstellbar sein, der die Barrière darstellt, welche antagonistische Vorgänge verhindert, hinter welcher die Prozeßpsychose ungestört ihren Verlauf nimmt. Man muß auch daran denken, daß es für die Möglichkeit, an Dementia praecox zu erkranken, vielleicht nicht gleichgültig ist, ob ein Individuum mehrere Kinderkrankheiten durchgemacht hat oder nicht. Es wäre diesbezüglich bei mehrgeschwistrigen Familien mit Dementia praecox-Fällen Umschau zu halten. Es ist ersichtlich, auf welchem Wege ich auf diesen Gedanken komme, und daß nicht die Volksmeinung, Kinderkrankheiten müsse man durchmachen, d. h. sie gereichten zum Vorteile, dahintersteckt; wohl aber denke ich an etwas ähnliches wie die Tatsache, die aus der Studie von *Mattauschek* und *Pilcz* hervorgeht, daß Luetiker durch Überstehen einer akuten fieberhaften Infektionskrankheit einen Schutz gegen Paralyse erhalten.

Eine scheinbare Ausnahme bildet die Tuberkulose. Gewiß sind tuberkulöse Spitzenkatarrhe bei frischen dementia-praecox-Fällen nichts seltenes und es ist, wie ich nebenbei bemerken möchte, m. E. die temporäre Schilddrüsenvergrößerung, die man öfters als einen Hinweis auf die endokrine Genese der Dementia praecox zitiert hat, häufig dasselbe Symptom, daß man auch bei beginnender Tuberkulose findet; aber ein Fortschreiten der tuberkulösen Lungenaffektion während der ersten Jahre der manifesten Dementia praecox ist nach meiner Erfahrung etwas seltenes. Zweifellos werden vorwiegend ältere Dementia praecox-Fälle von der Tuberkulose befallen. Den Vorgang denke ich mir, von den bekannten Erklärungsversuchen abgesehen, so, daß bei diesen sozusagen körperlich gesunden Individuen nicht mehr die einer Infektion oder ihrer Ausbreitung entgegen-

reichend bekannt sind, ja sogar ein und derselbe Faktor bei einer Person als Krankheits- und Heilungsursache vorkommen kann, z. B. daß sich im Anschluß an Erysipel eine Manie entwickelt, die durch das Auftreten eines neuen Erysipels heilt (*Régis*); und weil wir bei der Entstehung einer Geisteskrankheit einerseits die Widerstandskraft des Gehirns, andererseits die Intensität des auf dieses wirkenden schädigenden Faktors abzuwägen gewohnt sind. So werden wir z. B. beim Typhus sowohl an die Reaktion des ganzen Organismus, an der jedes Organ irgendwie beteiligt ist, als auch werden wir mit einer Herdreaktion des Gehirnes rechnen, zumal wir die Angreifbarkeit des Nervensystems durch den Typhus aus der Pathogenese gut kennen (*A. Friedländer*). Eine bei fieberhaften Krankheiten auftretende Herdreaktion ist auch anzunehmen auf Grund der histologischen Veränderungen an Ganglienzellen durch Fieber und Hyperthermie, letzteres nur im Tierexperiment, wenn sie auch schwer einwandfrei zu deuten sind (*Marinesco*, *Nichols*). Solange nicht nachgewiesen ist, daß bei diesen und jenen Psychosen, die durch Fieber oder eine bestimmte fieberhafte Krankheit hervorgerufene Stoffwechselveränderungen andere sind als bei Gesunden — was nicht ganz von der Hand zu weisen ist, da einiges über verschiedenen Verlauf von Infektionskrankheiten bei Geisteskranken und Gesunden niedergelegt ist, aber zu wenig, um diesbezüglich auch nur eine Vermutung aussprechen zu können — müssen wir immer an eine vom Zustand des Gehirnes und der Art des Heilfaktors abhängige Herdreaktion denken. Denn nur durch diese können wir es uns vorläufig erklären, daß von allen

---

wirkenden Mechanismen wie zur Zeit der aktiven Psychose wirksam sind. Und andererseits darf es uns nicht wundern, daß die bei den älteren Fällen manifest gewordene Tuberkulose an der Psychose oder besser gesagt an dem schizophrenen Endzustand nichts mehr ändert. Biologisch betrachtet kann nur ein Vorgang, aber nicht ein Zustand, soweit dieser etwas biologisch unbewegliches darstellt, eine Abänderung erfahren. Als Beispiel dafür nenne ich den Antagonismus zwischen Dementia praecox und Tuberkulose (was nicht in absolutem Widerspruch mit den Hypothesen der Tuberkulogenese der Dementia praecox steht). Denn nach Statistiken von *Luxenburger* jüngsten Datums soll sich unter den Geschwistern von Dementia praecox-Kranken häufiger Tuberkulose finden als in der übrigen Bevölkerung. Also scheint es wenigstens für die Familie zu gelten: Tuberkulose oder Dementia praecox. Das scheint mir möglich, da ich in einer 1902 erschienen Arbeit von *Weber* lese, daß namentlich englische Autoren geradezu ein Alternieren von Tuberkulose und Psychose in der Deszendenz erwähnen. Hier fließen aber schon die Begriffe der antagonistischen Wirkung zwischen Infektionskrankheit und Psychose einerseits und Keimschädigung andererseits ineinander über.

Psychosen am häufigsten Melancholie günstig beeinflußt wird, daß z. B., wie *Becker* angibt, Idiotie, Epilepsie, Paralyse und die senilen Geistesstörungen durch Abdominaltyphus fast nicht beeinflußt werden, während die Dementia praecox sehr oft, in manchen Fällen bis zur Entlassungsfähigkeit, gebessert werde [1]).

Wenn wir von Herdreaktion des Gehirnes in dem Sinne einer Lokalreaktion, sofern sie durch ihre Intensität mehr als eine Teilerscheinung der Allgemeinreaktion darstellt, und zwar nicht zum wenigsten zurückzuführen ist auf eine besondere Organbereitschaft, sprechen, dann kommt es darauf hinaus, daß unter Umständen mehr als die allgemeine zelluläre Umstimmung und ihre Rückwirkung auf das Gehirn lokale Vorgänge eine Rolle spielen. Einige Tatsachen würden dafür sprechen. So die Heilungen durch Commotio cerebri, die von *Brunet* mitgeteilte Heilung einer Epilepsie durch Apoplexie, das Schwinden der hemikranischen Anfälle als erstes Zeichen einer beginnenden Hirn- und Gefäßentartung und Vorläufersymptom eines apoplektischen Insultes [2]) (*Liveing*), die Wiederkehr von Patellar- und Pupillenreflex bei Tabikern nach Auftreten einer Hemiplegie (*K. Goldstein*, *Chalier* und *Nové-Josserand*, *Souques*). In diesen Zusammenhang gehören wohl auch die gelegentlichen Besserungen bei Paralyse nach Anfällen (*Schüle*, *Haßmann* und *Zingerle*). Vorwiegend als Heilwirkung durch Herdreaktion zu erklären wäre, wenn uns nicht die inzwischen entstandene Schizophrenie und der Begriff der Defektheilung daran hindern würde, der Fall von *Knecht*, wonach ein gelernter Taschendieb, der von Jugend auf ein verbrecherisches Leben geführt hatte, an primärer Verrücktheit erkrankte und nach der Genesung ein rechtschaffener Mensch wurde und blieb [3]).

---

[1]) Doch möchte ich darauf hinweisen, daß es m. E. nicht an der Melancholie gelegen sein muß, daß sie das eine Mal durch Rheumatismus geheilt wird und das anderemal nicht. Es ist auch Rheumatismus nicht immer dasselbe; so haben z. B. *Swain* und *Spear* in 39% von 200 Fällen chronischer Arthritis einen anormalen Stoffwechsel festgestellt.

[2]) So war es auch bei *Helmholtz*; er schrieb in einem Brief vom 31. Januar 1886 an *Donders* „... Eine Ursache, die mir lange Jahre hindurch fast wöchentlich einen Tag wegnahm, nämlich die Migräne, ist fast ganz verschwunden. Man sagte mir immer, daß sie mit steigendem Alter endlich weiche....“ Dann kam der wahrscheinlich in einer kurzen hirnarteriosklerotisch bedingten Bewußtlosigkeit erfolgte Sturz auf dem Schiff und schließlich die apoplektischen Insulte. (*L. Königsberger*, Hermann von Helmholtz. Braunschweig, 1902.)

[3]) *Brosius* bemerkt, daß eine Psychose in der Jugend manchmal ein kritisches Stadium, eine glückliche Episode ist, durch welche die früheren Hemmnisse der geistigen Entwicklung beseitigt werden. Hierher ge-

Auf das Alternieren zwischen Körperkrankheit und Gehirnkrankheit bzw. Psychose, das wir als für die Forschung besonders beachtenswert hingestellt haben, wäre noch einmal hinzuweisen. Nach *Trousseau* können Gicht und Migräne abwechseln. Dazu sagt nun *Flatau* sich stützend auf die Annahme, daß die Migräne und die Stoffwechselkrankheit demselben pathogenetischen Boden entstammen, es dürfte „hier weder an eine Transformation (Metamorphose), noch an die gegenseitige Substitution der variablen Erscheinungen der Migräne und andererseits der Stoffwechselkrankheiten gedacht werden. Vielmehr hat man es mit einem Polymorphismus zu tun, wobei die Migräne wie auch die Erscheinungen des krankhaften Metabolismus zu verschiedenen oder auch zu gleichen Zeitabschnitten zutage treten, indem sie die latente und nicht selten larvierte metabolische Grundlage manifestieren". Diese Erklärung ist recht plausibel und man kann es wohl nicht wagen, ihre Richtigkeit ohne zwingende Beweise anzuzweifeln. Man wird aber, zugegeben, daß die Annahme dieser Ursache der Migräne viel für sich hat, erwägen: Die Migräne kann auch durch Epilepsie abgelöst werden; zwischen beiden gibt es ja eine innige Verwandtschaft, gegen die sich allerdings immer wieder Zweifel erheben. Wo aber ist der gemeinsame pathogenetische Boden, der uns das Sistieren der Migräne zur Zeit der Schwangerschaft, im Präsenium, mit der Entwicklung einer Tabes erklärt? Und können wir andererseits noch von einem Polymorphismus sprechen zur Erklärung, daß eine enzephalitische Psychose, eine Laktationspsychose, eine Melancholie [1]) im Rückbildungsalter, eine Tuberkulose durch Gicht oder eine andere arthritische Manifestation geheilt oder gebessert wird? Wir haben also die eine Tatsache, daß eine Migräne außer durch Gicht auch durch anderes physiologisches oder pathologisches Geschehen verdrängt werden kann; die zweite Tatsache, daß die Gicht auch andere Krankheiten, die mit Migräne nichts zu tun haben, in gleicher Weise beeinflussen kann; die dritte Tatsache, daß sowohl die Migräne als auch

---

hören alle jene Individuen, die nach Überstehen einer Pubertätspsychose von den Angehörigen als geistesgesünder als vorher bezeichnet werden (*W. Wille*, *Bleuler*, 2 eigene Fälle), was als „Defektheilung" zu bezeichnen man sich für berechtigt hält. *Bresler* hält solche Ausgänge für ganz gut möglich dadurch, daß der Krankheitsprozeß ausnahmsweise auch einmal auf die abnorme Veranlagung günstig einwirken kann.

[1]) *Lange* hat allerdings als die Grundlage periodischer Depressionszustände mit psychischer Hemmung, die zweifellos in das Gebiet des zirkulären Irreseins fallen, eine gichtische Entstehungsweise angenommen, eine Ansicht, die nach *Kraepelin* u. a. bis jetzt weder erwiesen, noch auch als wahrscheinlich betrachtet werden kann.

die anderen angeführten Krankheiten ebenso wie durch Gicht durch andere Umstände günstig beeinflußt werden können, z. B. Migräne durch Kopftrauma, Melancholie durch Typhus, Lungentuberkulose durch „Gußfieber". Wo ist da die für alle Fälle gültige Erklärung? Es wäre ein Trugschluß, zu sagen: sowohl Migräne- als auch Epilepsieanfälle können von psychischen Störungen abgelöst werden, sowohl Migränezeiten können mit Zeiten von Nasen- oder Hämorrhoidalblutungen wechseln, als auch kann Epilepsie durch starken Blutverlust auf lange Zeit verschwinden, also muß eine innige Verwandtschaft zwischen Epilepsie und Migräne bestehen. *Flatau* hat auch nicht so geschlossen, sondern ist von pathogenetischen Betrachtungen ausgegangen, die aber bei der Durchsicht der Ätiologie bemerkenswerter Heilungsvorgänge sich als wahrscheinlich oder richtig erweisen müssen, wenn überhaupt spezifische Beziehungen zwischen Krankheit und physiologischem speziell pathologischem Heilfaktor bestehen sollen. Diese lange Fragestellung, als ein Beispiel, stützt sich auf die Überzeugung, daß ebenso wie die Ätiologie der Krankheiten auch die Ätiologie der den Gegenstand dieser Arbeit bildenden Genesungen biologisch erfaßbar sein müsse, daß die vergleichende Erforschung der beiden scheinbaren Extreme nicht zu verachtende Resultate zeitigen könnte.

Zuletzt wollen wir noch einmal auf die Spätheilungen zurückgreifen. Mag es sich auch summarisch ergeben, daß diese vorwiegend bei funktionell erscheinenden Psychosen, ferner bei solchen, wo Heredität „nur in geringerem Grade" oder die Art der auslösenden Ursache die Möglichkeit eines guten Endes nicht ausschließen lassen, vorkommen, so finden sich auch klinisch schwere Fälle, an deren Genesung nie und nimmer gedacht werden könnte. Daher erscheint es berechtigt, weiter nach Ursachen von Spätheilungen zu suchen. Wenn es sich herausstellt, daß diese im Wesen der Krankheit begründet sind, eine Melancholie z. B. nach neun Jahren in Genesung übergeht, weil sie nur eine Phase des zirkulären Irreseins ist, die wie die meisten, eben eine vorübergehende Geistesstörung darstellt, dann haben wir davon lediglich einen Nutzen für unsere prognostischen Kenntnisse. *O. Rehm* bemerkt, daß einzelne der sehr lange dauernden Fälle des manisch-melancholischen Irreseins, besonders solche der früheren Altersstufen, heilen, was als Ausnahme betrachtet werden müsse; vier Fälle von Heilung nach 7 bis 16jähriger Krankheitsdauer werden graphisch dargestellt. Wenn es sich aber zeigt, daß eine solche Phase ohne Zutun eines bestimmten Faktors wahrscheinlich ihren weiteren Verlauf nehmen würde, dann bereichern wir unsere pathologischen Kennt-

nisse. In der Tat liegt eine Anzahl von Fällen vor, wo eine Psychose nach vieljähriger Dauer durch eine Infektionskrankheit oder durch ein Trauma zum Abklingen gebracht wurde (s. die als Spätheilungen bezeichneten Fälle *Petréns*). In einzelnen Fällen erscheint die Spätheilung psychisch bedingt (Streit, Arbeit im Freien), wobei man annehmen muß, daß es auf günstiger Basis nur mehr eines leichten Anstoßes bedurfte. Sehr lehrreich ist ein von *Frommer* mitgeteilter Fall: Eine 30 Jahre alte Katatonie verschwindet nach den deutlichen Hervortreten von arteriosklerotischen Veränderungen im 62. Lebensjahr des Individuums. Die Erklärung des Autors geht dahin, daß durch die einschneidenden Ernährungsstörungen, die die Arteriosklerose in den einzelnen Organen gesetzt hat, früher bestehende Dysfunktionen, je nach dem Grade der arteriosklerotischen Veränderungen in dem betreffenden Organe entweder ganz aufgehoben oder auf ein solches Mindestmaß eingeschränkt sind, daß sie wohl serologisch noch nachweisbar sind, aber keine klinischen Erscheinungen mehr machen. Dieser Fall gibt uns die Veranlassung, zu erwägen, ob nicht auch die Spätheilungen, die anscheinend ganz von selbst erfolgen, also Selbstheilungen im engsten Sinne des Wortes wären, organisch bedingt seien. Solche kommen fast nur bei Melancholie und Katatonie vor. Wenn *Savage* sagt, daß „bisweilen, namentlich bei Frauen zwischen vierzig und fünfzig Jahren, sich ein neues Gleichgewicht des Lebens entwickelt, und dabei auch nach mehrjähriger Geistesstörung eine Rückkehr zur Gesundheit stattfinden kann", so denkt er offenbar an intellektuelle Vorgänge, die dieses Gleichgewicht herbeiführen. Es ist aber schwer einzusehen, wie solche in der Psychose, bei mehr minder schwerer Schädigung der höchsten regulierenden Tätigkeit geistigen Geschehens, bei mangelnder Aufnahme neuer Erfahrungen und Erkenntnisse sich entwickeln können. Dagegen gibt uns das hochgradige Affektleben der Melancholie und Katatonie, auch der stuporösen Formen, zu denken. Man stelle sich vor, welche Wirkung dieses im Verlaufe mehrerer Jahre auf den ganzen Organismus auszuüben imstande ist. *Mott* ist der Ansicht, daß unterbewußte Erinnerungen an Ereignisse, die mit Schreck und Schauer verbunden waren, zusammen mit Furcht und Selbsterhaltungstrieb (beim Kriegssoldaten) wahrscheinlich andauernd auf die tieferen zerebrospinalen und sympathischen, sekretorisch-motorischen, bulbospinalen und autonomen Zentren wirken. *Voß* hält es für durchaus wahrscheinlich, daß dauernde gemütliche Erregungen psychische Erkrankungen hervorrufen können, schon durch die starke und anhaltende Inanspruchnahme des vasomotorischen Nervensystems, die untrennbar mit abnormer Affektivität verknüpft ist, die bei langer Dauer

der Schädigung in organische Veränderungen am Gefäßsystem übergeht, woraus sich die sehr häufige Entstehung der Arteriosklerose auf dem Boden der traumatischen Neurose und des manisch-depressiven Irreseins erkläre. Durch solche Feststellungen steht unserer vorläufigen Annahme nichts im Wege, daß die anscheinend spontan erfolgenden Spätheilungen bei Melancholie und Katatonie, wahrscheinlich insofern im Wesen der Krankheit begründet sind, als ihre Symptome, vornehmlich die dauernden gemütlichen Erregungen, vielleicht um so mehr, als sie nicht den entsprechenden Abfluß in die quergestreifte Muskulatur haben, organische Veränderungen bewirken, die analog dem Fall *Frommers* den psychotischen Funktionen einen Riegel vorschieben. Damit haben wir zum letzten Male zu zeigen versucht, daß bei den bemerkenswerten Heilungsvorgängen bei Psychosen Faktoren in Frage kommen, die hinsichtlich ihrer Wirkungsweise mit denselben Augen zu betrachten sind, wie diejenigen, die bei der Entstehung von Psychosen eine Rolle spielen, weil es dieselben sind. Es ist ein logischer Fehler z. B. die Entstehung einer Psychose durch eine Infektionskrankheit durch Ernährungsstörungen des Gehirnes und andere somatische Vorgänge, die Genesung einer Psychose durch eine Infektionskrankheit aber „in der Hauptsache wenigstens" als psychisch bedingt oder die (retrograde) Amnesie nach Kopftrauma als eine organische, die Heilung einer Psychose durch ein Kopftrauma, die vielleicht durch diese Amnesie wesentlich bedingt ist, als eine psychische Auswirkung sich vorzustellen.

Damit sind wir wieder an unserem Ausgangspunkt angelangt: von dem Gesamturteil, daß man sich über die bemerkenswerten Heilungsvorgänge bei Psychosen bildet, hängt es ab, ob und wie, unter welchen Voraussetzungen und Erwartungen man neben eventuell gegebener ätiologischer, außer rein symptomatischer und rein psychischer Behandlung, noch eine dritte Behandlungsweise, nennen wir sie eine unspezifische, in Anwendung bringen will. Nach dem Gesagten ist es wissenschaftlich nicht vorstellbar, daß Fieber bei allen Geisteskrankheiten Wunder wirke, ist es nicht begründet, Geisteskranke der Reihe nach zu narkotisieren oder bis zur Anämie zur Ader zu lassen. Derlei Methoden gehen alle auf die bemerkenswerten Heilungsvorgänge zurück und ihre Erfolge sind unberechenbar wie diese. Sie alle aber haben etwas an sich, das erfaßt werden muß, damit ein System in diese Behandlungsmethoden bei Psychosen hineinkomme. Es darf der Überblick über das Ganze nicht verloren gehen, wenn man versucht, irgendeine Geistes- oder Nervenkrank-

heit analog einem beobachteten Heilungsvorgang bei ihr zu behandeln. Man wird seine Erwartungen zu begrenzen und das, was man erreicht, richtig einzuschätzen und zu verwerten wissen.

Es wäre Stoff genug für eine eigene umfangreiche Abhandlung, darzustellen, welche praktischen Konsequenzen bisher aus den Beobachtungen bemerkenswerter Heilungsvorgänge gezogen worden sind. Die größte Bedeutung haben wohl die Methoden der Fiebertherapie erlangt, angefangen von der Verschickung Geisteskranker in Sumpffiebergegenden, über die ersten Impfungen Geisteskranker mit Rückfallfieberblut bis zur Malariabehandlung als die Methode der Wahl bei der progressiven Paralyse; von anderen Geisteskrankheiten sind es besonders schizophrene, von Nervenkrankheiten die multiple Sklerose, bei denen man die Heilwirkung künstlichen Fiebers, hervorgerufen durch Eiweißkörper, Vakzine oder unnatürliche Infektionskrankheit versucht. Es sei erinnert an die vielen Kontroversen, die in Wort und Schrift ausgetragen wurden, bis es so weit gekommen ist. Der gegnerische Hinweis auf die Seltenheit der beispielgebenden Heilvorgänge ist hinfällig geworden, da man allmählich, wenigstens gefühlsmäßig zur Annahme eines darin zum Ausdruck kommenden allgemeinen Heilprinzipes, auf welches man nicht mehr verzichten will, gekommen ist — das ganze Bild, das man von der Gesamtheit der unspezifischen Therapien in ihrer vielfachen Anwendung, wechselvollen Wirkungsweise und schwierigen Beurteilung gewinnen kann, erscheint als das wahre Spiegelbild der bemerkenswerten Heilungsvorgänge, wie wir sie in ihrer Gesamtheit flüchtig dargelegt haben. Der zweite Einwand der Gefährlichkeit einzelner die Natur imitierender Heilprozeduren konnte durch die Malariatherapie überwunden, mußte gegen die Saprovitantherapie wieder erhoben werden. Es ist nach all dem bisher geschriebenen und sicher im Einklang mit der Meinung der meisten Fachmänner zu sagen, daß es kaum wahrscheinlich ist, daß ein auf bestimmte Weise erzeugtes Fieber auf eine bestimmte Geisteskrankheit eine in dem Maße besondere Heilwirkung ausübe, daß es berechtigt wäre, den Gefahrenkoeffizienten zu vernachlässigen. Das allgemeine Heilprinzip soll durch die uns zur Verfügung stehenden ungefährlichen Methoden zur Anwendung kommen und in seiner Wirkungsweise je nach der Kenntnis und dem therapeutischen Rüstwerk der zu behandelnden Krankheit gefördert werden [1]).

---

[1]) Eine der Vorstellungen von der Wirkungsweise der Fiebertherapien ist die, daß sie zustandekomme durch die durch das Fieber, auch Impfmalaria (*Vonkennel*), erhöhte Durchlässigkeit der Blutliquorschranke, womit ein vermehrter Übertritt von Abwehrstoffen als auch bei even-

Féré, der bei Epilepsie vorübergehende Besserung nach Impfung gesehen hatte, hat dann durch jährliche Impfung seiner Epileptiker nie wieder Erfolg gehabt. Wenn auch einmal Entfernung der Testikel in Selbstverstümmelung einen wirklichen Heilerfolg hatte (*Boerhaave*), so wissen wir heute ganz gut, daß die Kastration als therapeutischer Eingriff nahezu wertlos ist. Wer versucht heute noch, die Epilepsie durch Kompression beider Karotiden günstig zu beeinflussen, wer wendet Erschütterungsapparate bei Migräne an? Der Aderlaß spielt keine größere Rolle als sonst in der Medizin. *Bleuler* hat von Narkosen nie eine Heilwirkung gesehen, *Schilder* und *Weismann* scheint es allerdings, als ob die Äthernarkose in einzelnen Fällen von Katatonie den Affektdurchbruch und die Heilung erleichtere. *Chatelain* hat (1896) empfohlen, bei chronisch Kranken gelegentlich den Versuch zu machen, sie in ihre Heimat zu schicken, *Bleuler* hat zehn Jahre später die Frühentlassung bei Schizophrenen systematisch durchgeführt. Die Dauerschlafbehandlung Geisteskranker, zuerst mit Somnifen durch *Kläsi* ausgeführt, ist auch zum Teil aus der Tatsache bemerkenswerter Heilungen bei Schizophrenie hervorgegangen. *Weichbrodt* hat unter Hinweis auf die Seltenheit von Gelenkerkrankungen bei Psychosen, und die Wechselbeziehungen zwischen diesen und jenen, die Salizyltherapie eingeführt. Auf die Möglichkeit, Morphinisation und Demorphinisation als Heilprozedur bei Psychosen anzuwenden, würde hier nicht hingewiesen, wenn nicht von *Sollier* und *Morat* eine solche Anregung gegeben worden wäre. *Schüle* sagt: „Sehr wirken lassen sich nach dieser Richtung (revulsive Methode) auch die Morphiuminjektionen bei bereits an die Spritze gewöhnten Kranken verwerten. Nicht durch Hervorrufung von Erbrechen, sondern durch Verwertung des Schocks, den der plötzliche Abbruch der Einspritzungen nach sich zieht. Herkulische Maniaci klappen bei Versagen dieses „Pabulum vitae" nicht selten zu einer Nüchternheit und Ruhe (meist unter Fieberbewegungen und Diarrhöen) zusammen, auf welcher sich direkt weiterbauen läßt." *Sollier* teilt zehn Fälle mit, in welchen eine rasche Morphiumentziehung dank der allgemeinen Umwälzung und Regeneration des Organismus Krankheitserscheinungen beseitigt oder günstig beeinflußt hat, welche zu dem bestehendem Morphinismus in keiner direkten Beziehung standen (akuter Gelenkrheumatismus, Tuberkulose); hysterische Symptome, welche den Morphinismus vorangegangen waren, seien geschwunden. Letzteres dürfte allerdings nur unmittelbar nach der Entziehungskur zu sehen sein, denn in einigen Monaten treten bei den endogenen Morphinisten in der Regel Erscheinungen der Psychopathie immer deutlicher hervor. Bemerkenswert ist da die Beobachtung von *Anthéaume*, wonach bei zwei Fällen essentieller Epilepsie unter dem Einfluß einer chronischen Morphiumintoxikation die Erscheinungen für lange Jahre zum großen Teil schwanden, um bei und nach der Entziehung

---

tueller kombinierter Behandlung von Medikamenten, aus dem Organismus in das Zentralnervensystem anzunehmen ist. Es ist interessant, daß *Hegar* empfohlen hat, Geisteskranke in der prämenstruellen Zeit — in der wir auch eine erhöhte Durchlässigkeit der Blutliquorschranke haben, was damals noch nicht bekannt war — zu behandeln. Für die Frage der selteneren Paralyseerkrankung der Frauen kann m. E. neben allen bekannten Argumenten, die erhöhte Durchlässigkeit der Blutliquorschranke zur Zeit der Menstruation, nicht vernachlässigt werden.

wieder aufzutreten. *Joël* erwähnt ferner, daß körperliche Leiden bei Morphinisten oft erst bei der Entziehung wieder manifest werden. Bekannt ist die Wirkung der Morphiumentziehung auf tabische Krisen. *Ostankow* bestätigt die Erfahrung *Leydens*, daß die crises gastriques durch Morphinismus an Zahl und Intensität zunehmen; dasselbe gelte für alle antineuralgischen Mittel, die zwar auf kurze Zeit die Anfälle unterdrücken, sie aber später häufen und verstärken; eine energische Entziehungskur bewirke dann erhebliche Besserung, wie auch *Hudovernig* gezeigt hat. Hier haben wir es damit zu tun, daß das Morphin mit eine Ursache der Krisen wird, wie auch der lanzinierenden Schmerzen, worauf *Wagner-Jauregg* hingewiesen hat, was den Erfolg der Entziehung verständlich macht; doch ist nicht ausgeschlossen, daß die nach dieser sich einstellende allgemeine Kräftigung des Organismus, die bei Tabikern sonst nicht leicht zu erzielen ist, dabei auch eine Rolle spielt. Wir glauben, daß über die Wirkung von Morphinismus und Entziehungskur auf Psychosen zu wenig Erfahrungen an Zahl und Exaktheit vorliegen, als daß man daraus allein die Berechtigung ableiten könnte, ein Individuum diesen pathologischen Vorgängen absichtlich zu Heilzwecken zu unterwerfen. Theoretisch können wir allerdings mit Wirkungen des psychischen Schoks und der körperlichen Regeneration im Gefolge der Entziehungskur rechnen. Ferner wären wir sicher, daß wir durch Morphinisierung und Demorphinisation das ganze vegetative Nervensystem mächtig erregen, ohne aber über den Mechanismus klare Vorstellungen zu haben. Schließlich kann ruhig gesagt werden, daß Morphiumsucht und -Entziehung derart geläufige Dinge sind, daß man sie in der Hand hat. Mit solchen darf man es wohl wagen, an den einen oder anderen verzweifelten Fall — unter den entsprechenden besonders gegen die Entstehung eines chronischen Morphinismus gerichteten Kautelen, ferner unter Bedachtnahme auf die bei chronischen Psychosen nicht so seltene allgemeine Zirkulationsschwäche — mit einem Versuch heranzutreten.

Zusammenfassung.

1. Den Organismus in stärkerem Maße in Anspruch nehmende physiologische Vorgänge (Menstruation, Gravidität, Geburt, Klimakterium, Senium) können gelegentlich die Heilung einer Psychose bewirken; ebenso körperliche Allgemeinerkrankungen, vorwiegend infektiöse Prozesse mit oder ohne Fieber und Stoffwechselkrankheiten; ferner verschiedene Traumen (mechanische, chemische, psychische).
2. Alle diese Faktoren spielen bei der Entstehung von Psychosen eine bekannte Rolle. Die für diese üblichen Erklärungen müssen auch für ihre Wirkungsweise als Heilfaktoren geltend gemacht werden, zumindest besteht dazu die Berechtigung. So kommt es, daß dem psychischen Faktor in der Deutung bemerkenswerter Heilungsvorgänge eine untergeordnete Bedeutung beigemessen wird.
3. Ähnliche Heilungen wie bei Geistes- kommen auch bei Nerven-

und Körperkrankheiten vor. Wenn also irgend ein Faktor z. B. die Gicht auf irgendeine Krankheit aus jeder dieser Gruppen z. B. Melancholie, Migräne, Tuberkulose, eine Heilwirkung ausübt, so ist diese in gewissem Sinne gekennzeichnet. Das psychische Moment verliert auch dadurch an Bedeutung, die organischen zur Heilung führenden Vorgänge müssen recht allgemeiner, unspezifischer Natur sein. Das geht ferner daraus hervor, daß das angeführte Beispiel sich auf beiden Seiten beliebig variieren läßt.

4. Deshalb kann man allgemein sagen, daß in einem kranken Organismus durch das Dazwischentreten gewisser physiologischer oder pathologischer Faktoren den gegebenen pathophysiologischen Vorgängen Hindernisse, wahrscheinlich vorwiegend stoffwechselchemischer Natur, erwachsen, derart, daß ein Gleichgewicht hergestellt wird, das je nach dem Zustande des Organismus bzw. des erkrankten Organes als vorübergehende oder dauernde Besserung oder Heilung der primären Krankheit imponiert.
5. Wie sehr die Annahme einer sowohl in bezug auf die Heilfaktoren als auch auf die Krankheiten, an denen sie ihre Wirkung entfalten, so allgemeinen Heilwirkung ihre absolute Berechtigung hat, so naheliegend ist es, wenn von Krankheiten eines bestimmten Organes die Rede ist, auch die Verhältnisse dieses in jeder Hinsicht zu berücksichtigen: Das pathologisch-anatomische (physikalische, chemische) Substrat mit seiner Funktion und die neuen physiologischen oder pathologischen (humoralen und nervösen) Einflüsse, denen es ausgesetzt wird.
6. Damit ist neben einer Allgemeinreaktion auf eine Herdreaktion Bedacht genommen. Eine wie große Bedeutung der einen oder der anderen beizumessen ist, ist durch Studium des Einzelfalles zu umgrenzen. Aus der Erwägung aller Tatsachen und Eventualitäten, die bei der Beurteilung des Heilfaktors und der günstig beeinflußten Psychose in Betracht kommen, werden, zumal unter der Kritik, wie die vorliegende Schrift sie vermitteln möchte, Einzelergebnisse hervorgehen, die in ihrer Gesamtheit an Stelle der Vermutungen Kenntnisse über die bemerkenswerten Heilungsvorgänge bei Psychosen darstellen werden.
7. Das ganze Forschungsergebnis muß mit den Vorstellungen von der Ätiologie und Pathologie der Psychosen in dem Maße übereinstimmen als es der gleichzeitige Stand der Psychiatrie ermöglicht. Es ist nicht ausgeschlossen, daß eine solche Forschungsweise, die auf den ersten Blick der üblichen gerade entgegengesetzt erscheint, einzelne wertvolle ergänzende Resultate liefert.

8. Was die praktischen Konsequenzen aus den bemerkenswerten Heilungsvorgängen betrifft, so sollte die umfassende, wenn auch nicht ins einzelne gehende Darstellung dieser sowohl die Möglichkeiten als auch die Grenzen angedeutet haben. Die Methoden der Fiebertherapie verdienen weitere Beachtung. Die Erforschung des Widerstreites zwischen einer Psychose und einer Diathese könnte einmal zu zielbewußtem Eingreifen in den Stoffwechsel führen. Den praktischen Wert dieser Arbeit möge man aber darin erblicken, daß durch sie die Frage, welche Störungen bei einer Psychose reversibel und welche irreversibel sind, mit Nachdruck gestellt wird[1]).

Literaturverzeichnis.

NCB. = Neurologisches Centralblatt.
ZgNP. = Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.
PNW. = Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.
MmW. = Münchner Medizinische Wochenschrift.

---

[1]) Den nicht zu umgehenden zwischen Allgemeinreaktion und Herdreaktion, unspezifischer und irgendwie spezifischer Wirkung bei den beschriebenen Heilvorgängen von Psychosen vermittelnden Standpunkt könnte man durch die Annahme einer „spezifischen Komponente eines unspezifischen Vorganges“ (*Caspari*), die sich mit dem Begriff der „relativen Spezifität“ (*Teutschländer*, *Gutherz*) deckt, einnehmen. Diese ist „durch folgende Erscheinungen gekennzeichnet; einmal werden mehrere oder sehr viele Teilfunktionen der lebenden Substanz durch ein bestimmtes äußeres Agens angeregt; sodann kann diese Wirkung durch mehrere oder viele Agentien erzielt werden, wobei aber gewisse derselben sich den übrigen überlegen erweisen, was auf der verschiedenen Anspruchsfähigkeit verschiedener lebender Systeme gegenüber den Reizen bzw. auf ihrem jeweiligen Zustande beruht.“ Damit scheint doch das gesagt, was hier in das Gebiet der Klinik übertragen, von den bemerkenswerten Heilvorgängen bei Psychosen zur Darstellung gebracht wurde. Bezüglich der Reiztherapie heißt es (bei *Gutherz*): „Aber es ist bei der zu erwartenden relativen Spezifität der Mittel natürlich nicht unwichtig, die Methoden herauszufinden, welche im speziellen Fall von besonders starker Wirkung sind.“ Eine solche Methode scheint die Impfmalariatherapie der Paralyse zu sein. Es fehlt nicht an Anzeichen, daß neben dieser in der Psychiatrie neue Methoden herausgearbeitet werden könnten; nur muß bei weiterer Sichtung und Beobachtung bemerkenswerter Heilvorgänge bei Psychosen mit mehr Kausalitätsbedürfnis vorgegangen werden. „Die kausale Analyse relativ spezifischer Reaktionsweisen dürfte eine besonders wichtige Aufgabe künftiger Forschung sein.“ (S. *Gutherz*, Der Partialtod in funktioneller Betrachtung. Verlag G. Fischer, Jena 1926.)

WmW. = Wiener medizinische Wochenschrift.
WkW. = Wiener klinische Wochenschrift.
B. = Band, Jg. = Jahrgang, H. = Heft, S. = Seite, R. = Referat

1. *Albrand*, Das psychische Verhalten von Geisteskranken im Sterben. NCB. 1906, S. 529 R.
2. *Ammann*, Untersuchungen über die Veränderungen in der Häufigkeit der epileptischen Anfälle und deren Ursachen. ZgNP. B. 24.
3. *Anthéaume*, Action suspensive de la morphinisation sur les manifestations convulsives de l'hystérie et de l'epilepsie. NCB. 1904, S. 523. R.
4. *Anthéaume* et *Piquemal*, Note sur la genèse d' une remission chez un paralytique général tabétique. NCB. 1915, S. 28. R.
5. *Azémar*, Deux cas de manie guéris à la suite d'une infection grave. NCB. 1902, S. 918. R.
6. *Babinski*, Hei[illegible]ung eines Falles von Melancholie durch einen Anfall von Schw[illegible] hervorgebracht durch Elektrisierung des Kopfes. NCB. 1904, [illegible]3.
7. *Bach*, Über die günstige Beeinflussung bestehender Geisteskrankheiten durch Trauma. NCB. 1897 S. 186 R.
8. *Becker*, Über den Ein[illegible] [illegible]dominaltypus auf besteh[illegible] F[illegible]ankung. N[illegible]. [illegible], S. 397 R.
9. *Beckmann*, Über die Einwirkung fieberhafter Krankheit auf Heilung von Psychosen mit besonderer Berücksichtigung des Erysipels. NCB. 1916, S. 316 R.
10. *Belitzki*, Über die Wirkung akuter Anämie auf die motorischen Zellen des Rückenmarks. NCB. 1900, S. 854 R.
11. *Berger H.*, Zur Lehre von der Blutzirkulation in der Schädelhöhle des Menschen. NCB. 1901, S. 947 R.
12. — Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von Gehirnblutungen... und Gehirnerschütterungen auf die Blutzirkulation im Gehirn. NCB. 1912, S. 968 R.
13. *Berze*, Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität. Verl. Deuticke 1914.
14. *Beyer*, Über auffallende Besserung eines epileptischen Dämmerzustandes durch eine Leuchtgasvergiftung. NCB. 1913, S. 581 R.
15. *Bianchini*, Le epilessie mestruali. NCB. 1911, S. 617 R.
16. *Bigwood*, cit. n. *Kress*, Die Behandlung der Epilepsie. Berl. Klinik 32 Jg. H. 350.
17. *Binswanger, O.*, Lehrbuch der Psychiatrie. Jena 1923.
18. — Über die Behandlung der Erschöpfungspsychosen mit Bakteriengiften. NCB. 1897, S. 1068 R.
19. *Bleuler*, Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Verl. Deuticke 1911.
20. — Physisch und Psychisch in der Pathologie. ZgNP. B. 30.
21. — Frühe Entlassungen. PNW. 1905, Nr. 45.
22. *Boerhave* cit. n. *Schüle* (159).
23. *Bourneville* et *Bellin*, Folie d'adolescence. NCB. 1901, S. 78 R.
24. *Brasch*, Zur Frage der Fieberveränderungen an den menschlichen Ganglienzellen,. NCB. 1899, S. 983 R.

25. *Brackmann*, Über Erscheinungen bei Wiederbelebten nach Strangulation. NCB. 1896, S. 530.
26. *Bresler*, Der Zwiesinn. PNW. 1912/13, Nr. 3 u. 4.
27. — Heißwasserbäder. PNW. 1927, Nr. 36.
28. — Finanzielle Sicherung der psychiatrischen Forschung. PNW. 1926, Nr. 48.
29. *Brosius* cit. n. *Wille* (198).
30. *Brunet*, Guérison d'un cas d'épilepsie héréditaire, datant de cinquant ans par un attaque d'hémiplégie. NCB. 1900, S. 968 R.
31. *Brunner*, Die Pathologie und Therapie der vasomotorischen Erkrankungen des Innenohres. WkW. 1925, S. 1235.
32. *Brüning*, Über 65 Fälle von Chorea minor aus d. Leipziger Krankenhaus. NCB. 1902, S. 906 R.
33. *Buia*, La nucleinothérapie dans la maladie de Parkinson. NCB. 1915, S. 874 R.
34. *Burwinkel*, Der Aderlaß als Heilmittel in der Praxis. PNW. 1927, Nr. 40 R.
35. *Caesar*, Der migränöse Anfall .... Wechselw[illegible] zwischen Migräne und Sexualleben. NCB. 1913, S. 909 [illegible]
36. *Ceni*, Die Genitialzentren bei Gehirnerschütterung. NCB. 1915, S. 466 R.
37. *Chalier* et *Nové-Josserand*, De la conservation et du retour des ré[illegible]liens dans le tabès [illegible] d'un malade atteint de crises gastriques tabétiques. NCB. 1913, S. 51 R.
38. *Chatelain*, Des guérisons tardives. NCB. 1896, S. 1091 R.
39. *Claude* u. *Lévy-Valensi*, Über den Demenzzustand bei d. Dementia praecox. NCB. 1911, 347 R.
40. *Cornu* cit. n. *Flatau* (57).
41. *Cotard* cit. n. *Régis* (143).
42. *Covéos*, Mehrjährige Epilepsie und Idiotismus völlig geheilt nach einem Anfall schwerer Influenza. NCB. 1901, S. 410 R.
43. *Cramer* cit. n. *Schneider*, Die Lehre vom Zwangsdenken in d. letzten zwölf Jahren. ZgNP. R. B. 16, S. 113.
44. *de Crinis*, Epilepsie in *Kraus-Brugsch*, Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten.
45. *Csépai*, Zur Frage der Disposition auf Grund einer Krankensaalepidemie. MmW. 1928, S. 436.
46. *Curschmann*, Über eine während der Gravidität rezidivierende Epilepsie. NCB. 1906, S. 181 R.
47. *Dannheiser*, Fraktur und Gesamtstoffwechsel. MmW. 1925, S. 1572 R.
48. *Deutsch*, Der Einfluß der Gemütsbewegungen auf d. Energiestoffwechsel. WkW. 1925, S. 1127.
49. *Dobrschansky*, Über einen Fall von Paralyse mit 14 jähriger Remission, nebst einigen Bemerkungen zur Therapie der Dementia paralytica. NCB. 1907, S. 824 R.
50. *Dreyfuß*, Tödliche Lähmung der Gehirngefäße nach Kopftrauma. NCB. 1912. S. 1241 R.
51. *Edel*, Über bemerkenswerte Selbstbeschädigungsversuche. NCB. 1901, S. 40 Sitzungsber.
52. *Elzholz*, Mit Defekt geheilte Psychose nach 13 jährigem Fortbestande. NCB. 1896, S. 763. R.

53. *Elzholz*, Heilung einer Psychose bei Uterusmyom nach vaginaler Totalextirpation der inneren Genitalien. NCB. 1899, S. 554. R.
54. *Féré*, Note sur l'influence de l'érysipèle sur la marche de l'epilepsie. NCB. 1894, S. 630. R.
55. — Note sur l'influence des maladies intercurrents sur l'épilepsie, à propos d'un cas de zona. NCB. 1903, S. 374. R.
56. *Fischer J.*, Über somatische Erkrankungen der Geisteskranken. NCB. 1900, S. 1029 R.
57. *Flatau*, Die Migräne. Berlin 1912.
58. *Friedländer, A. A.*, Über den Einfluß des Typhus abdominalis auf das Nervensystem. Berlin 1901.
59. *Friedmann*, Weiteres über den vasomotorischen Symptomenkomplex nach Kopferschütterung. NCB. 1894, S. 77. R.
60. — Über die primordiale menstruelle Psychose. NCB. 1894, S. 88. R.
61. *Frommer*, Ein durch seinen Verlauf und seine Spätgenesung beachtenswerter Fall von Katatonie. ZgNP. B. 25.
62. *di Gaspero*, Die Grundlagen der Hydro- und Thermotherapie. Graz 1925.
63. *Gerstmann*, Die Malariabehandlung der Progressiven Paralyse. Verl. Springer 1925.
64. *Glaser*, Die Bedeutung des vegetativen Nervensystems bei dem Einfluß der Umwelt auf den Organismus. MmW. 1925, S. 1576. R.
65. *Goldstein*, Polyzythämie und Hirnerweichung. NCB. 1911, S. 27. R.
66. *Goodner*, Typhoid fever among the insane. NCB. 1898, S. 426. R.
67. *Griesinger*, cit. n. *Schüle* (159).
68. *Grober*, Selbstheilung von Basedowscher Krankheit. NCB. 1912, S. 146. R.
69. *Guislain* cit. n. *Schüle* (159).
70. *Hajos*, Kasuistische Beiträge zur Schocktherapie. WkW. 1925, S. 1055.
71. *Hallopean*, Die heilsame Wirkung des Erysipels bei Lupus. Monatsschr. f. prakt. Med. 2. Jg. S. 556.
72. *Hamilton*, The effect of intercurrent disorders on pre-existing epilepsy. NCB. 1910, S. 477. R.
73. *Harris-Liston*, Artificial feeding of the insane. NCB. 1897, S. 285. R.
74. *Hartung*, Fall von Dementia paralytica und Geburt. NCB. 1913, S. 662. R.
75. *Hassmann* u. *Zingerle*, Beitrag zur Kenntnis der Verlaufsformen der progressiven Paralyse. NCB. 1913, S. 10.
76. *Hauber*, Migräne und Schmerzdämmerzustände. NCB. 1911, S. 1168. R.
77. *Haymann*, Körperliche Zeichen bei Geisteskrankheiten. ZgNP. B. 27.
78. *Hegar*, Temperaturbeobachtungen bei weiblichen Geisteskranken mit besonderer Berücksichtigung der physiologischen Wellenbewegung. NCB. 1900, S. 1029. R.
79. *Herschmann*, Beitrag zur Lehre von den psychischen Veränderungen bei wiederbelebten Erhängten. WkW. 1914, Nr. 44.
80. *Heßler*, Epilepsy and Erysipelas. NCB. 1899, S. 602. R.
81. *Hoff*, Über das Manifestwerden latenter Gehirnkrankheiten durch die Menstruation. MmW. 1926, S. 541. R.

82. *Hoffmann*, cit. n. *Schüle* (159).
83. *Hoffstätter*, Therapie der Menstruationsstörungen. WkW. 1927, Nr. 11.
84. *Hoppe*, Die Beziehungen der Bromwirkung zum Stoffwechsel der Epileptiker. NCB. 1906, S. 993.
85. *Hudovernig*, Tabische Magenkrisen und Morphinismus. NCB. 1911, S. 29. R.
86. *Itten*, Zur Kenntnis hämatologischer Befunde bei einigen Psychosen. ZgNP. B. 24.
87. *v. Jaksch*, PNW. 1911, Nr. 49. Sitzungsber.
88. *Joël*, Die Behandlung der Giftsuchten. Verl. Thieme 1928.
89. *Jödicke*, Psychiatrie und Stomatologie. PNW. 1913/14, Nr. 30.
90. *Jones*, A note on remission in a case of epilepsy. NCB. 1913, S. 581. R.
91. *Kagan*, L' épilepsie et la grossesse. NCB. 1913, S. 576. R.
92. *Kirn* u. *Wildermuth*, NCB. 1894, S. 88 Vers. ber.
93. *Kläsi*, Über die therapeutische Anwendung der „Dauernarkose" mittels Somnifens bei Schizophrenen. ZgNP. B. 74.
94. *Knauer*, Toxisch-infektiöse Psychose mit merkwürdiger Ätiologie und merkwürdigem Verlauf. NCB. 1914, S. 857. R.
95. *Knecht* in *Savage* (152).
96. *Koeppen*, Über Gehirnveränderungen nach Trauma. NCB. 1897, S. 965. R.
97. *Kortum*, Die Bedeutung der Schwangerschaft und der Geburt für die Entstehung und den Verlauf der multiplen Sklerose. NCB. 1916, S. 672. R.
98. *v. Krafft-Ebing*, Lehrb. der Psychiatrie. Stuttgart 1893.
99. *Kräpelin*, Psychiatrie. 8. Aufl. 1909.
100. *Krause*, Kritische Beiträge zur Bakteriotherapie. MmW. 1926, S. 1341. R.
101. *Kreuser*, Über Spätgenesungen bei Geisteskranken. NCB. 1900, S. 679. R.
102. — Drei Fälle von Spätgenesung. NCB. 1912, S. 1115. R.
103. *Kühne*, Die Reaktion des Gehirnes auf leichte Kopfverletzungen. NCB. 1910, S. 1042. R.
104. *Lange* cit. n. *Kräpelin* (99).
105. *Lannois*, Epilepsie et fièvre typhoide. NCB. 1894, S. 871. R.
106. *Lapinsky*, Über den Mechanismus und die diagnostische Bedeutung der Dermographie... ZgNP. B. 22.
107. *Linke*, Spätheilung einer Melancholie nach 7jähriger Ernährung mit der Sonde. PNW. 1913/14, Nr. 40.
108. *Liveing* cit. n. *Flatau* (57).
109. *Loeper* und *Verpy*, Les troubles vasculaires et hématiques de la commotion. ZgNP. R. B. 13, S. 638.
110. *Löwenhaupt*, Zwei Fälle von Dementia paralytica und Geburt. NCB. 1913, S. 66. R.
111. *Lützenkirchen*, Dystrophia adiposo-genitalis nach psychischem Affekt. MmW. 1924, Nr. 45.
112. *de Lunzenberger*, Contributo all' anatomia patologica del trauma nervoso. NCB. 1898. S. 362. R.
113. *Luxenburger*, Tuberkulose als Todesursache in den Geschwisterschaften Schizophrener... ZgNP. B. 109.

114. *Marandon de Montyel*, Contribution à l'étude des rapports de l'impaludisme et de L'épilepsie. NCB. 1900, S. 271. R.
115. — Contribution à l'étude des rapports de l'impaludisme et de la paralysie générale. NCB. 1903, S. 83. R.
116. *Marinesco*, Recherches sur la biologie de la cellule nerveuse. NCB. 1900, S. 22. R.
117. *Massaro*, Die Veränderungen der nervösen Elemente bei experimenteller Anämie. NCB. 1900, S. 535. R.
118. *Mattauschek* und *Pilcz*, Beitrag zur Luesparalysefrage. ZgNP. B. 8 u. 15.
119. *Mayberry*, Self inflicted injury in a case of chronic mania, followed by a cephalhaematoma, facial erysipelas.... and a lucid interval. NCB. 1894, S. 568. R.
120. *Mendel E.*, Gicht und Psychose. NCB. 1907, S. 681. R.
121. *Meyer H.*, Ein Fall von Ischias mit komplizierendem Herpes. NCB. 1905, S. 958. R.
122. *Meyer E.*, Einseitige Zellveränderungen im Halsmarke bei Phlegmone am Unterarm, nebst weiteren Bemerkungen über die Pathologie der Ganglienzelle. NCB. 1901, S. 62. R.
123. *Mingazzini*, Die Modifikation der klinischen Symptome, wie einige Psychosen in den letzten Jahrzehnten erfahren haben. PNW. 1926, Nr. 6.
124. *Moeller*, Lehrbuch der Lungentuberkulose. Wiesbaden 1910.
125. *Morton*, Notes on three cases of spontaneous gangrene. NCB. 1896, S. 857. R.
126. *Mott* zit. n. *Bresler*, Aus engl. und franz. Psychiatrie und Neurologie. PNW. 1918, Nr. 11/12.
127. *Mucha*, Ein Fall von Katatonie im Anschluß an die erste Menstruation. NCB. 1902, S. 937.
128. *Müller R.*, Zur Diagnose der traumatischen Affektionen des Innenohres. NCB. 1899, S. 802. R.
129. *Näcke*, Zur Physiopsychologie der Todesstunde. NCB. 1903, S. 938. R.
130. *Näcke* und *Steinitz*, Sieben Tage lang anhaltende, völlige und plötzlich nach Chloroformasphyxie eingetretene Aufhellung des Geistes bei einer secundär verwirrten Geisteskranken. NCB. 1902, S. 84. R.
131. *Neumann*, Über Psychosen nach Influenza. NCB. 1916, S. 316. R.
132. *Nichols*, A study of the spinal cord by *Nissl*'s method in typhoid fever in experimental infection with the typhoid bacillus. NCB. 1900, S. 25. R.
133. *Oberholzer*, Über Schockwirkung infolge Aspiration und psychischen Schock bei Katatonie. ZgNP. B. 22.
134. *Oppenheim*, zit. n. *Flatau* (57).
135. *Ostankow*, Gastrische Krisen der Tabiker als Folgeerscheinung des Morphinismus. NCB. 1909, S. 14.
136. *Parhon* und *Urechia* zit n. *Donath*, Natrium nucleinicum in der Behandlung der Dementia praecox. ZgNP. B. 19, S. 223.
137. *Paulicek*, Ein Fall von Polykythämie durch einen normalen Partus temporär günstig beeinflußt. Med. Klinik 1925, S. 1844.
138. *Petrén*, Über Spätheilungen von Psychosen. PNW. 1910, Nr. 5. R.

139. *Pezzali*, zit. n. *Kress*, Die Behandlung der Epilepsie. Berl. Klinik 32. Jg. H. 350.
140. *Pommerol*, Sciatique chronique guérie par une piqure de vipère. NCB. 1901, S. 760. R.
141. *Pötzl* und *G. A. Wagner*, Zur Frage der Beeinflußbarkeit von Schizophrenie (Dementia praecox) durch Keimdrüsentransplantation. Med. Klinik 1925, Nr. 10.
142. *Quincke*, Kopftrauma und Spinaldruck. NCB. 1911, S. 1373. R.
143. *Régis*, Manuel pratique de Médecine mentale. 1892.
144. *Rehm, O.*, Das manisch-melancholische Irresein. Verl. Springer, Berlin 1919.
145. *Revault d'Allonnes*, Méningite de type tuberculeux. Abcès de fixation. Guérison. L'Encéphale 1926, Nr. 8.
146. *Rhese*, Beitrag zur Kenntnis der Beteiligung des inneren Ohres nach Kopferschütterungen. NCB. 1907, S. 520. R.
147. *Riva*, Contributo allo studio delle forme cliniche attribuite alla Demenza precoce e dei loro esiti. ZgNP. R. B. 4, S. 506.
148. *Rubeschka*, Epilepsie und Schwangerschaft. NCB. 1911, S. 617. R.
149. *Sachs*, Status epilepticus und Schwangerschaft. NCB. 1911, S. 617 R.
150. *Saenger*, Nervenkrankheiten in der Gravidität. NCB. 1913, S. 128. R.
151. *Sagel*, Intracutane Rindereiweißreaktion bei Katatonie und Hebephrenie. ZgNP. B. 53.
152. *Savage*, Klin. Lehrbuch der Geisteskrankheiten. Herausg. von *Knecht*. 1896.
153. *Scagliosi*, Beitrag zur pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems bei der akuten Anämie. NCB. 1898, S. 702. R.
154. *Schäfer*, Ein Fall von Dementia praecox katatonischer Form. NCB. 1908, S. 381. R.
155. *Scheffer*, Melancholie met katatonische verschijnselen na negenjarigen duur plotselijk genezen. NCB. 1900, S. 672. R.
156. *Schilder* und *Weismann* zit. n. *Schilder*, Psychiatrie. Jahresk. f. ärztl. Fortb. 1928, H. 5.
157. *Schmidt*, Katatonie und innere Sekretion. NCB. 1914, S. 869. Vers.ber.
158. *Schröder*, Todesursachen schizophrener Frauen. ZgNP. B. 25.
159. *Schüle*, Handb. der Geisteskrankheiten. Leipzig 1880.
160. *Shepherd Ivory*, The physiological study of a case of migraine. NCB. 1909, S. 758. R.
161. *Siebert*, Bericht über eine Ruhrepidemie i. d. Libauer Städt. Irrenanstalt. PNW. 1917, Nr. 3/4.
162. — Fieber und Psychosen. ZgNP. R. B. 21, S. 125.
163. *Siemens*, Die Errichtung eines biologischen Forschungsinstitutes über die körperlichen Grundlagen der Geisteskrankheiten. PNW. 1912. Nr. 10.
164. *Sigel*, Beitrag zur Frage der Spätgenesung bei Psychosen. NCB. 1905, S. 968. R.
165. *Sloan*, Tuberkulose und Basedow. Fortschr. d. Organotherapie. 4. Jg. H. 1. R.
166. *Snell* zit. n. *Siemerling* in Binswanger (17).
167. *Sollier*, De L'effet curatif de la démorphinisation sur des affections autres que la morphinomanie. NCB. 1900, S. 532. R.

168. *Sollier et Morat*, De la guérison de maladies associées à la morphinomanie par la désintoxication rapide. La presse médicale. Jg. 32, Nr. 96.
169. *Soukhanoff*. Contribution à l'étude des modifications des cellules nerveuses de l'ércorce cérébrale dans l'anémie expérimentale. NCB. 1899, S. 267. R.
170. *Souques*, Influence de l'hémiplégie sur les réflexes tendineux du tabes. ZgNP. R. B. 13, S. 576.
171. *Storm van Leeuwen*, Über Pathogenese und Therapie des Asthma bronchiale. MmW. 1926, S. 599.
172. *Stierlin* zit. n. *Voß* (187).
173. *Straik*, Tabès et puerpéralité. NCB. 1913, S. 46. R.
174. *Stransky*, Günstige Beeinflussung eines Falles von Myasthenie durch eine intercurrente fieberhafte Erkrankung. WkW. 1927, Nr. 36.
175. *Sutherland*, The difficulties of prognosis in insanity, NCB. 1895, S. 382. R.
176. *Süßtrunk*, Über Beziehungen der progressiven Paralyse zu den Generationsvorgängen beim Weibe. MmW. 1926, S. 1673. R.
177. *Swain* und *Spear*, Untersuchungen des Grundstoffwechsels bei der chronischen Arthritis. MmW. 1928. S. 971. R.
178. *Thies*, Tabes dorsalis und Gravidität. NCB. 1907, S. 27. R.
179. — Tabes dorsalis und Schwangerschaft. NCB. 1911, S. 36. R.
180. *Tissot*, zit. n. *Flatau* (57).
181. *Trevelyan*, Syphilitic meningo-myelitis, erysipelas, recovery. NCB. 1902. S. 503. R.
182. *Trousseau* cit. n. *Flatau* (57).
183. *Turner*, A statistical inquiry into the prognosis and curability of epilepsy. NCB. 1903, S. 877. R.
184. *Turnowsky*, Drei Fälle von vollständig geheilter Epilepsie. NCB. 1902. S. 830. R.
185. — Interferenz von Krankheiten. WmW. 1927, Nr. 21.
186. *Vonkennel*, Wismutaufnahme in den Liquor nach Malariabehandlung. Zbl. gNP. B. 46, S. 143.
187. *Voß*, Die Ätiologie der Psychosen. *Aschaffenburgs*. Hdb. d. Psych. Allg. Teil.
188. *Wachsmuth*, Aus den alten Akten und Krankengesch. der Herzogl. nassauischen Irrenanstalt Ebersbach. PNW. 1925, Nr. 28.
189. *Wagner-Jauregg*, Über die Einwirkung fieberhafter Krankheiten auf Psychosen. Jahrb. f. Psych. B. 7.
190. — Über die lanzinierenden Schmerzen der Tabiker. WkW. 1924, Nr. 40.
191. *Wahlgreen* zit. n. *Stejskal*, Grundlagen der Osmotherapie. Wien 1922.
192. *Weber L. W.*, Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Verl. Marhold 1902.
193. *Weichbrodt*, Die endogenen Psychosen und ihre Therapie. Deutsche med. Wochenschr. 1925, Nr. 5.
194. *Weitz*, Über Liquordruckerhöhung nach Kopftrauma. NCB. 1910, S. 1010.
195. *Werner*, Über die Fortschritte des Irrenwesens. PNW. 1911, Nr. 32.

196. *Wiechmann* und *Paal*, Über jahreszeitliche Schwankungen des Asthma bronchiale. MmW. 1926, S. 1827.
197. *Wiehl*, Sogenannte Krisen bei Geisteskranken. NCB. 1911, S. 170.
198. *Wille W.*, Die Psychosen des Pubertätsalters. Verl. Deuticke 1898.
199. *Winkelmann*, Progressive Paralyse und Schwangerschaft. NCB. 1916, S. 50. R.
200. *Witthauer*, Chorea und Fieber. MmW. 1899, Nr. 52.
201. *Wright*, The action of ether and chloroform on the neurons of rabbits and dogs. NCB. 1901, S. 514. und 710. R.

Die künstlerische Gestaltung von Krankenräumen[1]).

Von

Oberregierungsbaurat **Waldo Wenzel** in Dresden.

Wenn von der künstlerischen Gestaltung von Krankenräumen gesprochen werden soll, so wäre die Behandlung dieses Themas nur unvollkommen, wenn lediglich die allgemeinen Gesetze künstlerischen Schaffens und Raumgestaltens zur Erörterung kommen würden.

Es ist notwendig, gleich zu Anfang festzustellen, daß über diese Gesetze hinaus die Gefühlsmomente stark in den Vordergrund gestellt werden müssen, die in der besonderen Zweckbestimmung der zu gestaltenden Räume begründet sind und bei dieser Betrachtungsweise möchte der tiefere Sinn architektonischer Arbeitsweise wieder einmal betont werden, die nicht nur eine formalistische Erfüllung von Bauaufgaben darstellt, sondern die ihren inneren Wert erst dadurch erhält, daß die gestaltete Form sich erhebt zum künstlerischen Ausdruck des Zweckes, dem sie dient und indem sie ihm dient, mit Anteil hat an seinem Erfolg und seiner Auswirkung.

Der Vergleich zwischen dem Krankenhaus der Vergangenheit und dem neuzeitlichen Krankenhaus, in dem sich der künstlerische Gestalter mit dem Arzt und dem Verwaltungsmann verbündete, macht mir es leicht, den Beweis dafür zu erbringen. Im Krankenhaus der Vergangenheit sind wohl die Forderungen der Hygiene nach dem jeweiligen Stande der Forschung erfüllt gewesen und ärztliche Wissenschaft führte ihre Aufgabe in geistig hochstehender schöpferischer Weise durch, aber trotzdem kam etwas nicht in dem Maße zur Geltung, wie es gleichsam auch als Heiltherapie sich der ärztlichen Verordnung und Behandlung hätte zugesellen müssen: die Hygiene der Seele des Kranken.

Und dabei ist dies eine Frage von so weittragender und tiefer Bedeutung, da gerade die Begriffe „Krankenhaus", „Operation", „Sanatorium" vielfach so eigenartige und nicht immer erfreuliche Empfindungen im Kranken auslösen, so daß über das freundliche Wort des Arztes und die Handreichungen des Pflegepersonales hinaus

[1]) Verbesserter Abdruck eines in der Zeitschrift f. d. ges. Krankenhauswesen 1928 Heft 22 veröffentlichten Vortrags.

Mittel gefunden werden müssen, um den unbewußten Widerstand gegen den Begriff „Krankenraum" aufzuheben oder durch andere Werte auszugleichen.

Dazu ist im besonderen Maße die künstlerische Gestaltung des Raumes berufen und zwar muß diese in der Anlage des Raumes beim Baue selbst beginnen. Wohltuende Abmessungen nach Breite, Länge und Höhe sind hierbei die Voraussetzungen. Eine Schwierigkeit bei der Planung des Krankenhausgrundrisses stellt die gleichzeitige Forderung nach Räumen für eine große Anzahl von Betten und Einzelzimmern für einige oder nur wenige Personen dar. Der große Raum verlangt eine größere Tiefe und zur Erzielung des ärztlicherseits geforderten Luftkubus eine größere Höhe als das Einzelzimmer. Diese Tatsache verlangt Rücksicht schon bei der Planung, sonst entstehen dann jene Grundrißungetüme alter Zeit, wo alle Räume kleiner und großer Art an einem durchgehenden Flur angereiht sind und dadurch, daß sie sich in den Hauptabmessungen nach den großen Räumen richten müssen, die Einzelschläuche von 6—7 m Länge, 2½ m Breite und 4 m Höhe. An einem solchen Raume scheitert jeder Versuch der erstrebten künstlerischen Gestaltung und selbst die Einzelwirkung eines bunten Vorhanges, eines gut geformten Mobiliars, eines bunten Teppichs, eines hübschen Bildes geht verloren, weil die innere Harmonie fehlt.

Harmonie läßt sich hinsichtlich ihres Empfindungswertes begrifflich nicht erläutern. Sie ist das eigenartige Etwas, das die eingangs aufgestellte Forderung erfüllt, durch die Gestaltung des Raumes der Seelenhygiene des Kranken zu dienen. Und wenn wir auf Grund gewisser Gesetze, die wir an ausgeführten Räumen abgeleitet haben, die als harmonisch anzusprechen sind, Räume gestalten, so kann diese Harmonie doch wieder zunichte gemacht werden, wenn nicht eine feinfühlige Hand durch die gute Farbe des Wandanstriches, durch die richtige Höhe desselben, durch die in den Verhältnissen richtige Größe und Form des Mobiliars, durch eine günstige Aufstellung desselben, durch die den Raumcharakter entsprechende Art des Fensterbehanges und des Fußbodenbelages, alles in allem durch die Zusammenstellung der Dinge, die den Raum füllen und schmücken, die in den Raumabmessungen liegenden Möglichkeiten auszuwerten im stande ist.

Welche Forderungen ergeben sich nun im einzelnen für die Ausgestaltung der Krankenräume?

Wir gehen aus von dem leeren Raum. In diesem sehen wir Fußboden, Wände und Decke. Das mag vielleicht als eine sehr selbstverständliche Bemerkung erscheinen, die ich jedoch mit bewußter

Absicht mache. Die alte Zeit hat grundsätzlich Wand und Decke durch eine Stuckkehle im Eindruck stark optisch getrennt, am schönsten und behaglichsten in den einfach profilierten Hohlkehlen der Biedermeierzeit. Die Zeit des üppig-wuchernden Jugendstils in dem Jahrzehnt zwischen 1895 und 1905, die besonders dadurch gekennzeichnet ist, daß ihr vielfach das Raumgefühl fehlte, hat die frühere Auffassung von der klaren optischen Trennung von Raum und Decke völlig verwässert und dem seinerzeit wenig entwickelten Raumempfinden des Dekorationsmalers das Feld überlassen.

Das sogenannte Herunterziehen der Decke zu einer beliebigen Höhe, zerschlägt erbarmungslos den straffen architektonischen Rhythmus des Zusammenwirkens von Wand und Decke. Hört die farbige Wandgestaltung 1 m unter der Decke auf, weiß man nicht, gehört das obere Wandstück noch zur Wand oder gehört es schon zur Decke. Die unbewußt sich dem Eindrucksempfinden beim Betreten eines Raumes einprägende Straffheit des Raumes fehlt und es fehlt somit auch die für den Kranken so notwendige innere Harmonie, die der Kranke auch unbewußt empfinden soll und die ich schon vorhin als Grunderfordernis für die Gestaltung des Raumes bezeichnete.

Da Stuckkehlen als Staubträger im Krankenhaus nicht zu empfehlen sein würden, muß die architektonische Trennung durch das Mittel der Farbe erfolgen. Welcher Art diese sein muß, hängt natürlich von der persönlichen Eigenart und Einstellung des Gestalters ab. Als zweckmäßig hat sich beispielsweise erwiesen, die gewählte Wandfarbe bis scharf unter die Decke oder bis etwa 30 cm in die Decke hineinreichen zu lassen, um in jedem Falle einen klar begrenzten Deckenspiegel zu erhalten, der zur Erzielung eines ruhigen Raumeindrucks von ausschlaggebendem Werte ist.

Will man weiter gehen, so ist es mit wenig Mehrkosten möglich, durch die Einfassung der Wandflächen in den zusammenstoßenden Ecken in anderen Farben eine noch straffere Wirkung zu erzielen, wie sie besonders in den Zeiten guter Raumkultur, und zwar der Renaissance in monumentalerer Auffassung und des Biedermeier und Empire für bescheidene bürgerliche und unserem heutigen Behandlungsgegenstande näheren Sinne eine Selbstverständlichkeit war.

Der architektonische Rhythmus, der in erster Linie für die Gestaltung des Einzelraumes gefordert werden muß, muß auch die Zusammenfassung aller Räume eines Gebäudes bestimmen; zu mindestens ist die gleichartige farbige Gestaltung eines ganzen Geschosses im Interesse der großzügigen Wirkung der Gesamtanlage ratsam. Ich behaupte, daß diese Auffassung der einheitlichen, zusammenfassenden farbigen Zusammenfassung der Räume auch der inneren Organi-

sation des Betriebes dient und sie durch die Ruhe des einheitlichen Eindruckes wesentlich unterstützt. Es haben Besucher der in jüngster Zeit fertiggestellten Bauten, bei denen diese Grundsätze zur Durchführung gekommen sind, unbeeinflußt geäußert, daß in dem betreffenden Hause irgend etwas Besonderes sei, was etwas im Inneren zur Schwingung bringe. Dieses Besondere wird ganz gewiß auch von denen empfunden, die in diesen Räumen tätig sind, es wird in ihnen ein vielleicht unbewußtes rhythmisches Gefühl geweckt, das sich in gesteigerter, freudigerer Arbeitsleistung auswirkt.

Die Befürchtung, daß diese Gleichartigkeit der Behandlung aller oder einer größeren Gruppe von Räumen zur Eintönigkeit führen würde, ist durch die Erfahrungen widerlegt. Der Hausorganismus bekommt sein Leben durch den Betrieb und durch die Menschen, die darin tätig sind. Die einheitliche Schwesterntracht und der weiße Mantel des Arztes geben schon von sich aus den einheitlichen Klang an, der in immer sich gleichbleibender Tätigkeit innerhalb des Hauses sich fortsetzt. Dieser Klang wird zur einheitlichen Szene gesteigert, durch die farbige Gleichartigkeit der Räume.

Um die Berechtigung dieser Gedankengänge zu prüfen, soll man sich das Krankenhaus überlebten Charakters im Geiste vorstellen, von dem einmal sehr treffend gesagt wurde: „Wie ist es möglich, daß ein Krankenhausraum hart, kalt und leblos aussieht, als sollten die Wände zu denen sagen, die sich hierher flüchteten: hier gilt Eure Seele nichts, nichts Eure Angst, nichts Euer Gemüt, hier handelt es sich um Drüsen, Entzündungen, Operationen usw.? Oder wie ist es möglich, daß die Gänge, durch die man die Kranken in ihren Betten den Operationsräumen zuführt, die Unfreundlichkeit, Mitleidlosigkeit und versteinte Härte selbst zu sein scheinen oder daß man sogar ein blutiges Rotbraun als Hauptfarbe verwendete oder daß in einem Saale für Schweroperierte so kalte und harte Wände um die Schmerzenslager stehen, daß die leisen Keime und Triebe zu neuer Lebenshoffnung wie von einem eisigen Hauch erstickt werden?“

Andererseits waren in mißverstandenem Fanatismus die Krankenhäuser zu Musterfarbkarten geworden und ließen das musikalische Empfinden für das Nebeneinander verschieden starker Wirkungen vermissen. Die einfache physiologische Tatsache, daß man nicht immer Konfekt essen möchte, auf das zur Betrachtung stehende Gebiet angewendet, verlangt, daß höchste Wirkungen nur an Höhepunkten, also in besonders prädestinierten Räumen, in unserem Falle in einem Tagesgesellschaftsraum oder gegebenenfalls in einem kirchlichen Festsaale zur Anwendung kommen.

Es mag in der Zeit, die so laut nach Farbe schreit und damit

aber auch schon in der Überbewertung der Farbe als des vorherrschenden Raumgestaltungselementes teilweise über das Ziel einseitig hinausschießt, etwas rückständig erscheinen, wenn ich der allzustarken Farbe, als dem ausschlaggebenden Moment nicht immer und nicht so stark das Wort zu reden vermag.

Farbige Gestaltung soll nicht Selbstzweck sein. Der wesentliche Grundsatz, soweit es sich um Krankenräume handelt, ist die Rücksichtnahme auf das Empfinden des Kranken. Der Mann empfindet Farbe anders als die Frau, der nervöse Mensch anders als der innerlich ausgeglichene, der seelische Kranke, dessen ganzer Gemüts- und Körperzustand unter Druck steht, anders als der vielleicht durch einen Zufall chirurgischer Behandlung bedürfende, sonst innerlich gesunde Mensch.

Die Farbwahl selbst ist Sache der Begabung und Praxis. Der unmusikalische Mensch soll nicht Klavier spielen und so sollen Farbklänge nur von dem bestimmt werden, der den Sinn dafür hat, denn es gilt ja auch bei der Farbwahl ein Zusammenstimmen des Raumtones mit den zweckdienenden und schmückenden Gegenständen, dem Gerät, dem Vorhang, dem Bild. Es muß der Sinn dafür vorhanden sein, wie die gleiche Farbe sich verhält bei großen und kleinen Räumen, wie sie mit den verschiedenen Helligkeitswerten je nach der Himmelsrichtung verschieden beleuchteter Räume sich wandelt, und wie sich ihr Charakter ändert im Zusammenstehen mit anderen Farben.

Es würde besonders verdienstlich und gerade für den Gestalter von großem Wert sein, wenn von ärztlicher Seite die Erfahrungen veröffentlicht würden, die mit einzelnen Farben hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die einzelnen Krankenkategorien und vielleicht sogar in ihrer Einwirkung selbst bei den verschiedenen Krankheitsarten gemacht werden. Die dem Gestalter geläufige Erfahrung, daß z. B. gelb, orange, rot als warme Farben eine Empfindungssteigerung hervorrufen, während kalte Farben, wie blau, gegenteilige Wirkungen auslösen, genügen im vorliegenden Falle nicht, um die farbige Gestaltung als Heilfaktor auszunützen.

Und nach dieser Richtung ergibt sich die besondre Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Gestalter, um die ärztlichen Maßnahmen dadurch sicherzustellen, daß als Ergebnis der Arbeit des gestaltenden Architekten Beruhigung und Hoffnung geweckt wird.

Im Zusammenhange mit dem Gestaltungsmittel der Farbe muß ein Wort über das Ornament gesagt werden. Die früher so beliebte ornamentierte Abschlußkante ist meistens etwas so wesen- und gedankenloses, weil sie absolut in keiner Beziehung zu dem neutralen

Raume steht und zu den wechselnden Bewohnern, die ihn gezwungenermaßen beziehen müssen. Es ist damit dasselbe, wie mit den aufgeklebten Holzschnitzereien auf Schrankfüllungen, die in ihrer Unsachlichkeit das feinere Empfinden des auch in seinem Hausgerät auf Ehrlichkeit haltenden Menschen beleidigen. Der Abschluß wird viel wirkungsvoller und großzügiger durch gut zur Wandfarbe abgestimmte, je nach der beabsichtigten Wirkung gleich oder andersfarbig gewählte Striche und Bänder erzielt.

Über die technische Durchführung der farbigen Wand mich zu verbreiten erübrigt sich, da die Wahl des Materiales von den Mitteln, die zur Verfügung stehen und der Zweckbestimmung der Räume abhängt. Ich will nur darauf hinweisen, ein wie schönes Material bei wertvollerer Ausgestaltung die Salubra-Tapete darstellt, die mit der schönen stoffartigen Wirkung den Vorzug der Abwaschbarkeit verbindet.

Wichtig für die Zusammenfassung der Wände ist die Gestaltung des Fußbodens; die Materialien, welche hierfür in Frage kommen, Linoleum oder fugenloser Steinfußboden beispielsweise ermöglichen ohne weiteres die Durchführung der künstlerischen Absichten durch die Mannigfaltigkeit der farbigen Ausführungsmöglichkeiten.

Die weiteren Elemente, welche die Farbe eines Raumes bestimmen können, sind die Fensterbehänge, gegebenenfalles Fußbodenbelege, Tischdecken, Beleuchtungskörper und Bilder. Die Farbigkeit dieser Elemente kann je nach dem im Raume angeschlagenen Charakter sich unterordnen, wenn die Farbe der Wand so stark spricht, daß ein noch stärkerer Klang Unruhe hervorrufen würde, oder man kann andererseits die Fensterbehänge bei schlichter Wandfarbe als besondere farbige Wirkungsmomente verwenden, die in diesem Falle noch eine besondere Steigerung durch das Durchscheinen des Sonnenlichtes erhalten. In stark gemusterten Stoffen gibt es heute ganz wundervolle Dinge, die sich sehr gut sowohl als Übergardinen, als auch gleichzeitig als Vitragen zur Verdunkelung eignen, da diese Sachen heute meistens indanthren — lichtecht gefärbt werden. Dort, wo gemusterte Stoffe nicht am Platze sein sollten, kann man auch einfarbigen weißen Vitragenstoff durch einen Bandbesatz, der die Farbe der Raumstimmung aufnimmt, lebendig machen und ihn damit über die einfache Gebrauchsgardine in der Wirkung hinausheben.

Man wird zweckmäßig den hängenden Schal nicht mehr als 15 cm unter das Fensterbrett heruntergehen lassen, was sich ja auch zur Vermeidung des Aufstoßens auf den meistens in der Fensterbrüstung angebrachten Heizkörper empfiehlt.

Die Einheitlichkeit des Raumeindruckes wird wesentlich gehoben dadurch, daß zu den im Raume befindlichen verschiedenen Stoffsachen,

also Tischdecke und Bettüberdecke gegebenenfalls Bespannung des Beleuchtungskörpers, der gleiche Stoff verwendet wird.

Dort, wo gegebenenfalls ein Fußbodenbelag in Gestalt eines Teppichs in Frage kommt, fällt die Wahl heute sehr leicht, da die rührige Industrie sehr viele gute Sachen preiswert auf den Markt bringt. In der Hauptsache wird zurzeit der Haargarnteppich in Frage kommen, der heute völlig den noch vor dem Kriege herrschenden Plüschteppich aus dem Felde geschlagen hat. Der Fußbodenbelag, deckt er auch nur eine kleine Fläche, steigert ganz außerordentlich die Wohnlichkeit eines Raumes. Die Bedenken gegen den unhygienischen Staubfänger sind wohl in der Zeit des Staubsaugers auf ein Minimum zu beschränken.

Haben wir den Raum fertiggestellt, so können wir die Möbel hineinstellen. Und hier gibt es nun 2 Möglichkeiten: entweder der Raum wird mit Ausstattungsstücken möbliert oder er wird durch sie gestaltet. Es wird im ersten Falle immer ein gewisser Zwiespalt bleiben zwischen Fenster- und Türöffnungen, die nun einmal vorhanden sind, und dem Mobiliar, das nur hineingestellt wird. Immerhin muß versucht werden, das Mobiliar so unterzubringen, daß man das Empfinden hat, es gehöre an den Platz, wo es steht. Wird dies nicht erreicht, entsteht dann der Verlegenheitseindruck des sogenannten möblierten Zimmers und das Harmoniegefühl will sich auch hier nicht einstellen, das den Raum wohnlich und erträglich macht. Andererseits werden bei dem Raum, der durch eine Hand geplant und ausgestattet wird, die Wandflächen und die davorzustellenden oder in sie hinein zu komponierenden Möbelstücke in den Größenabmessungen aufeinander abgestimmt und gegebenenfalls zu Teilen der Wandgestaltung selbst gemacht werden können. Von der Art der Möblierung hängt wesentlich auch die farbige Behandlung der Ausstattungsgegenstände ab. Man wird im ersten Falle der „Möblierung" die Bemalung wesentlich bescheidener halten müssen und sie dem Gesamteindruck unterordnen, um die Verschiedenartigkeit der Stücke nicht hervorzuheben, während bei Einrichtungen, die mit dem Raum gemeinsam entstehen und einen gewissen Rhythmus in der gegenseitigen Wirkung ergeben, das Mobiliar zur farbigen Dominante gemacht werden kann. Die Zaghaftigkeit, mit der man früher an den Anstrich des Mobiliares heranging und die eigentlich nur die braune Holzfarbe mit künstlicher Maserung oder weißlackiert zuließ, ist einer frischeren Auffassung gewichen. Für den Krankenraum galt bisher nur der weiße Anstrich als der typische und gegebene. Ich glaube, daß dies genau wie auch der alte braune, die Naturmaserung kopierende Anstrich das Festhalten an einer Tradition ist, die man zugunsten einer fröhlicheren Farbe wohl

ruhig aufgeben kann, um dadurch das beschwerende sich als Kranker sagen zu müssen, „Du bist eben im Krankenhaus" aufzuheben und auszugleichen. Für die Form des Mobilars gilt in ganz besonderem Maße, daß es einen neutralen Eindruck erweckt. Das Hauptwirkungsmoment müssen dabei die gut abgewogenen Abmessungen sein. In der Hauptsache wird es wohl so sein, daß der Erbauer des Hauses auch das Mobiliar plant. Wo dies nicht der Fall ist, gibt es bei einzelnen Firmen, wie bei den Deutschen Werkstätten für Handwerkskunst in Hellerau Handelsware, die die Voraussetzungen, die an Krankenhausmobiliar zu stellen sind, wohl erfüllen. Im übrigen sind im zweckdienlichen und gleichzeitig geschmacklichen Sinne die handelsüblichen typisierten eisernen Krankenhausmöbel vorbildlich.

Über die Dinge des Gebrauches hinaus, von denen bisher die Rede war, wird der Eindruck der Wohnlichkeit und Behaglichkeit und des guten Sinnes, der im Raume waltet, gesteigert durch die schmückenden Zutaten, in erster Linie des Bilderschmuckes, der Blume und ihres Gefäßes. Sie sollen nur als wesentliche Momente, die den Raumeindruck vervollständigen, genannt werden, wobei besonders darauf hingewiesen werden muß, daß Bilder hinsichtlich Größe, Gegenstand, Farbe und Rahmen sehr sorgfältig gewählt werden müssen, denn sie können bedeutend den Raumklang und das Mobiliar steigern und sich mit ihm zur Wirkung verbinden, sie können aber auch ebenso als unnütze fremde Wesen gewissermaßen nur da hängen. Es gibt wohlfeile gute Steinzeichnungen, gute Radierungen, gute Reproduktionen alter und neuer Meister. Leider kommt aber das allgemeine Geschmacksempfinden vielfach noch nicht darüber hinaus, den dargestellten Gegenstand für das Wesentliche zu halten und nicht das Gefühl für den inneren Wert und die künstlerische Darstellung an sich zu haben.

Hier steckt eine starke und wichtige Erziehungsfrage auch dem Pflegepersonal gegenüber. Denn all die künstlerischen Grundsätze, die ich für den Krankenraum aufstellte, gelten in gleichem und vielleicht im Hinblick auf die Möglichkeiten zur Erleichterung ihrer schweren Arbeit noch gesteigertem Maße für die Wohnräume des Pflegerpersonals. Es ist in diesem Zusammenhange sehr interessant gewesen, die Einstellung der verschiedenen Schwestern den neuzeitlich gestalteten Einrichtungen gegenüber, die jetzt bei Neuanschaffung von Einrichtungsgegenständen in unseren Sächsischen Landesanstalten durchgeführt worden sind, zu beobachten, wobei erst eine gewisse Abwehr zutage trat, da die bisherige Gewohnheit, sie anders zu sehen gelernt hatte. War jedoch die gefühlsmäßige Belastung mit der Erinnerung veralteter Einrichtungen und Bilder überwunden, so trat sehr schnell an die Stelle der Abwehr eine freudige Bejahung der neuen Dinge.

Eine bedeutsame Frage erübrigt sich noch als wesentliches Wirkungsmoment zu streifen, die der künstlichen Beleuchtung. Das seitlich einfallende Tageslicht, in seiner Wärme gesteigert, wenn es an farbigen Vorhängen vorbeistreift, macht den Raum dadurch, daß in ihm Licht und Schatten verteilt werden, zu einem plastischen und lebendigen Gebilde. Die Möbel haben beleuchtete und unbeleuchtete Seiten. Die Abstufung des Lichtes an den Wänden spielt in vielen Nuancen, so daß ein unendlich reiches Spiel an Helligkeits- und Dunkelheitswerten eintritt. Aber dieses wird unterbunden durch den Charakter der künstlichen Beleuchtung. Nimmt man eine Mittelbeleuchtung des Raumes an, dann ist die Decke hell und lenkt den Blick nach oben, die Wände sind auch gleichmäßig hell, infolgedessen leblos. Es fällt der plastische Eindruck des seitlich beleuchteten Mobiliares weg.

Hier gilt es nun, an Stelle des Tageslichteindruckes, der seine besonderen Wirkungsmomente hat, neue Werte der Abendbeleuchtung zu setzen, für die ganz andere Gesichtspunkte maßgebend sind. Hier wird es darauf ankommen, das Licht dort zu konzentrieren, wo es gebraucht wird, entweder am Krankenbett durch die Nachttischlampe, die das für den Kranken beängstigende Gefühl des großen im ganzen erleuchteten Raumes aufhebt oder durch eine hängende Lampe mit farbigem Schirm, der die Decke verdunkelt, einen Lichtkegel nach unten wirft und die unter ihm sitzenden Menschen zu einer Gemeinschaft vereinigt. Es entspricht ja auch dem Wesen des Abends, daß die Eindrücke der Umwelt zurücktreten und die Konzentration auf den inneren Menschen oder von Mensch zu Mensch in ihre Rechte tritt. Die so häufig zu findende, hell beleuchtete Decke widerspricht diesem Empfinden, besonders wenn ungeschickte Gestaltung von Beleuchtungskörpern verzerrte Schattenzeichnungen auf der Decke entstehen läßt. —

Ich habe eine gedrängte Übersicht über die für die künstlerische Gestaltung der Krankenräume zu beachtenden Gesichtspunkte gegeben und man wird empfinden, in wie starkem Maße die Lebendigkeit der Gegenwart auch in dieses Arbeitsgebiet eingegriffen und mit überholten Anschauungen früherer Jahre aufgeräumt hat. Die Werte, die so gewonnen werden, sind beglückend und lohnen die Mühe, wenn die künstlerischen Maßnahmen veredelt und vertieft werden durch ihre Auswirkung als Heilfaktoren und sie dazu helfen, den Betriebsorganismus zu verlebendigen.

Auf der anderen Seite wird von neuem bewiesen der Wert der Gemeinschaftsarbeit durch das Zusammenwirken von Arzt, Verwaltungsmann und Gestalter zum Wohle der Menschen, die sich voller Hoffnung dem Krankenhause anvertrauen. Der Gestalter will freudig mithelfen, daß sich diese Hoffnung erfülle.

Die energetische Psychologie und ihre Bedeutung für die Psychiatrie[1].

Von

Dr. **Harry Marcuse**, Berlin-Herzberge.

Die klinische Betrachtungsweise scheint mir noch immer an der Entwicklung zu kranken, die die Psychiatrie als Teil der Medizin genommen hat. Indem man darauf aus war, eine empirische Wissenschaft aus ihr zu machen, erkannte man m. E. nicht, daß die Beurteilung der Geistesstörungen sich nicht auf empirisch zu erfassende Tatsachen stützt, sondern daß der psychiatrischen Erkenntnis eine ganz andere Methode zugrunde liegt, nämlich die analytische.

Betrachten wir das Werk *Kraepelins*, das in vieler Beziehung als führend bezeichnet werden muß. Es schildert uns verschiedene Seelengemälde, die aber je detaillierter desto weniger scharf voneinander abgrenzbar sind. Schließlich kann jedes Symptom bei jeder Erkrankung vorkommen, trotzdem gerade *Kraepelin* sich immer bemüht, spezifische, pathognomonische psychologische Symptome herauszuarbeiten. Sie wissen, daß er mehrfach seine Einteilung der Psychosen geändert hat, und daß *Hoche* diese Bemühungen als zwecklos erkannt und dem Umgießen einer trüben Flüssigkeit aus einem Glas ins andere verglichen hat. In der Tat haben diese Bestrebungen nicht zur Klärung der Fragen beigetragen.

Das Grundübel ist zweifellos, daß die klinisch-empirischen Begriffe zwar beschrieben, aber nicht definiert werden können. Was hysterisch ist, was schizophren, was eine psychopathische Konstitution oder was eine Manie ist, das läßt sich nicht definieren. Um so leichter ist es natürlich, immer neue Namen zu erfinden wie Eknoia, Involutionsmelancholie, sensitiver Beziehungswahn usw., die dann auch nur durch Schilderung von Einzelfällen mehr oder weniger scharf von den anderen Krankheiten abgegrenzt werden.

---

[1]) Nach einem Vortrag, gehalten in der Vereinigung für Psychologie und Psychotherapie am 23. XI. 28.

Und dieselbe Unklarheit herrscht in den psychologischen Grundbegriffen, mit denen doch die Kliniker ständig operieren müssen. Man spricht von Vorstellung oder Hemmung, ohne daß diese Begriffe definiert werden, und man versucht vor allem, sich die krankhaften Erscheinungen durch phantastische Bilder wie Seelenspaltung, intrapsychische Ataxie, eingeklemmter Affekt, Dissoziation u. a. zu erklären. Ich kann es mir versagen, im einzelnen auf diese Theorien einzugehen. Was ich bekämpfe, ist das gemeinsame Prinzip, das ihnen zugrunde liegt, der Glaube, auf diese Weise zu wertvollen Erkenntnissen zu gelangen. Bevor wir überhaupt den Versuch machen, das krankhafte Psychische zu verstehen, müssen wir doch wohl eine Psychologie des Normalen haben, die es uns gestattet, die krankhaften Erscheinungen mit den normalen in Beziehung zu setzen. Anders kann es nicht möglich sein, sie mit den Mitteln der Psychologie zu definieren.

Wir müssen also die Psychiatrie, soweit sie sich mit der Psyche beschäftigt, von der Medizin abtrennen und der Psychologie zuteilen. Damit kommen wir zu der Frage, ob denn diese eine empirische Wissenschaft ist oder sein kann.

An Stelle einer ausführlichen Erörterung, die zu weit führen würde, möchte ich nur kurz meine Ansicht darüber entwickeln. Ich halte es für etwas ganz anderes, ob ich bei einem anderen Individuum einen Affekt oder einen Willen feststelle oder ob ich bei ihm eine Lungenentzündung konstatiere. Für das Psychische stehen mir keine Hilfsmittel zur Verfügung, wie sie die empirische Methode ständig benutzt. Ich kann hier nicht mit meinen Sinnen erfassen, was vorgeht, kann nicht messen oder wägen und leider auch das Experiment nur in sehr beschränktem Umfang heranziehen. Die einzigen Quellen, Psychisches zu erfassen, sind vielmehr die Selbstbeobachtung und die Einfühlung.

Dabei scheint es mir von untergeordneter Bedeutung zu sein, ob man die Erkenntnisse, die der Selbstbeobachtung entstammen, als empirisch bezeichnet. Sicher ist doch, daß ein wesentlicher Unterschied zwischen äußerer und innerer Erfahrung besteht, und daß sich im Allgemeinen der Begriff empirisch wie die empirischen Wissenschaften stets auf Dinge und Vorgänge beziehen, die wir mit unseren Sinnen wahrnehmen, und nicht auf Psychisches. Sicher ist ferner, daß unser eigenes psychisches Geschehen unserer Betrachtung in ganz anderer Weise zugängig ist als das anderer Individuen oder anders ausgedrückt, daß wir uns das Erleben eines andern niemals ebenso vergegenwärtigen können wie das eigene. Wir können uns z. B. keine Vorstellung davon machen, wie einem anderen die Farbe erscheint,

die wir rot nennen, und wenn er sie als grün bezeichnet, können wir ihm das nicht widerlegen. Ebenso wenig ist es möglich, eine Lust oder einen Schmerz, den ein anderer hat, in derselben Weise ohne den entsprechenden Reiz zu empfinden, und selbst wenn derselbe Reiz auf uns wirkt, kann unsere Reaktion darauf ganz verschieden von der des andern sein. Wenn aber das Erkennen dieser einfachen Empfindungen und Gefühle schon auf unüberwindbare Schwierigkeiten stößt, wie viel mehr muß das bei höheren psychischen Akten der Fall sein! Und in der Tat scheint es aussichtslos, Vorstellungen oder Vorstellungsreihen anderer in ähnlicher Weise erfassen zu wollen, wie das mit Hilfe der Selbstbeobachtung in unserem eigenen Erleben möglich ist.

Über die Selbstbeobachtung ist viel diskutiert worden, ohne daß eine Einigung erzielt ist. Das Problem ist zu schwierig, um es hier erschöpfend zu behandeln. Von der Stellung, die man ihm gegenüber einnimmt, hängt aber für die psychologische Anschauung so viel ab, daß wenigstens kurz angegeben werden muß, wie wir uns die Lösung denken.

Die Selbstbeobachtung liefert uns das Material für jede psychologische Erkenntnis, indem sie das, was wir erlebt haben, in der Erinnerung zu beobachten und zu analysieren gestattet. Sie bezieht sich also immer auf Vergangenes; sie liefert uns die sogenannten Elemente des Psychischen, d. h. wir erkennen in der Erinnerung, daß wir verschiedenartige Erlebnisse haben können, daß es verschiedene Qualitäten des Psychischen gibt.

Schon aus der Tatsache, daß auf Grund der Selbstbeobachtung sehr verschiedene Einteilungen des Seelischen vorgenommen worden sind, hätte man den Schluß ziehen müssen, daß hier eine andere Erkenntnismethode vorliegt als die empirische. Manche Autoren nehmen zwei, andere drei und vier Elemente an, aus denen sich das Psychische zusammensetzen soll. Mit Recht hat man dagegen geltend gemacht, daß Psychisches kein Mosaikbild ist, und daß wir aus der Selbstbeobachtung über eine derartige Zusammensetzung durchaus nichts Zuverlässiges erfahren. Ich glaube aber nicht, daß man deswegen auf eine Einteilung oder eine Analyse des Psychischen verzichten soll und zwar deswegen nicht, weil damit die Verständigung über Seelisches äußerst erschwert wäre. Die Selbstbeobachtung hat noch andere Mängel, wie Erinnerungslücken und -irrtümer, die Einmaligkeit und Flüchtigkeit des Erlebens, die Unmöglichkeit, das Experiment anzuwenden, aber sie erlaubt doch zweifellos eine Einteilung des Psychischen in großen Zügen, eine grobe Unterscheidung verschiedener psychischer Akte.

Hier hat nun *Jodl* eine Einteilung angegeben, die in ihrer Tragweite nicht genügend erkannt und daher nicht genügend gewürdigt worden ist. Im Gegensatz zu allen anderen Psychologen behauptet *Jodl*, daß uns die Selbstbeobachtung nicht nur verschiedene Qualitäten des Psychischen aufzeigt wie Empfindung, Fühlen und Streben, sondern daß wir außerdem in uns die Fähigkeit erkennen, auf abgelaufene Reize zu reagieren, früher erlebte Akte zu reproduzieren, kurz daß es verschiedene Entwicklungsstufen des Psychischen gibt. Er unterscheidet diese Stufen nach der Art der sie auslösenden Reize.

Auf gegenwärtige oder präsentative Reize antwortet die Psyche mit primären Akten, also mit Empfindungen, Gefühlen, Streben; auf abgelaufene, in der Erinnerung reproduzierte Reize dagegen mit Vorstellungen solcher primären Akte. Die dritte Stufe bilden die komplexen psychischen Gebilde, in denen die tieferen Elemente zu neuen Erlebnissen verschmelzen. Für unsere Zwecke genügt es zunächst, die primäre und sekundäre Stufe zu unterscheiden.

In der Tat glaube ich, daß nichts sicherer und zuverlässiger ist, als die Unterscheidung, auf welche Art von Reizen wir reagiert haben. Bevor wir die Elemente des Psychischen erkennen, wissen wir, ob eine Empfindung auf einem realen Reiz beruht oder auf einem nur vorgestellten, ob wir einen Schmerz, eine Angst oder Freude wirklich empfinden oder nur vorstellen, ob wir ein Ziel erstreben oder es uns nur in der Phantasie ausmalen, ob wir ein Bild sehen oder es nur in der Erinnerung reproduzieren. Wenn das nicht der Fall wäre, könnten wir die Wirklichkeit nicht von unseren Einbildungen trennen, wir würden Träumern oder Geisteskranken gleichen.

So hat *Jodl* als erster eine mehrdimensionale Psyche angenommen und eine Strukturanalyse des Psychischen gegeben. Auf Grund derselben habe ich ein Schema der Seele entworfen, das aber keinen anderen Zweck hat, als die Verständigung zu erleichtern. Es handelt sich dabei um eine schematische Fiktion im Sinne *Vaihingers*, eine Annahme, die nicht bewiesen werden kann und nicht beweisbar zu sein braucht, ihre Berechtigung vielmehr nur aus ihrer Zweckmäßigkeit herleitet, ähnlich wie die Hilfskonstruktionen, die man zum Beweis geometrischer Lehrsätze anwendet.

Schmid-Kowarzik hat die *Jodl*sche Psychologie auf Grund der skizzierten Einteilung als analytisch bezeichnet und er wird damit sicher dem Umstande gerecht, daß sie im wesentlichen auf Selbstbeobachtung gegründet ist. *Jodl* muß aber wie jeder Psychologe bereits mit Voraussetzungen an die Analyse des Psychischen herangehen,

die außerhalb der Selbstbeobachtung liegen. Das ist der Fall, wenn er von psychischen Akten spricht oder sogar den biologischen Begriff der Entwicklung in bezug auf Seelisches anwendet. Manche Psychologen fassen das Psychische als ein Geschehen auf, das sich ohne unser Zutun abspielt, andere unterscheiden aktives und passives Verhalten gegenüber dem psychischen Geschehen, wenige nur sehen in dem Psychischen eine Erscheinungsform der Energie. Zu diesen gehört *Jodl* und ich gestehe, daß es dieser Umstand in erster Linie gewesen ist, der mich veranlaßte, mich mit seinen Anschauungen näher vertraut zu machen. Es ist mir bekannt, daß viele Autoren die Anwendung des Energiebegriffes auf Psychisches für unzulässig halten. Die Gründe für diese Ablehnung kann ich aber nicht als stichhaltig anerkennen. Selbstverständlich liegt es *Jodl* fern — und er betont das mehrfach — die psychische Energie der physikalischen gleichzusetzen, sie messen zu wollen oder physikalische Gesetze auf sie anzuwenden. Er ist sich auch bewußt, daß eine Erklärung dessen, was Psychisches eigentlich ist, nicht damit gegeben ist, daß wir sie als eine Art von Energie auffassen. Er sieht darin nichts als einen Vergleich, eine Arbeitshypothese, die es uns aber gestattet, ja erst ermöglicht, die Selbstbeobachtung und Einfühlung richtig zu verwerten.

Für *Jodl* ist alles Psychische eine Erscheinungsform des Lebens, das wir als gegeben hinnehmen müssen, ohne es weiter erklären zu können. Das Gehirn, bzw. das ZNS ist ein Kraftzentrum, das auf Reize mit psychischen Akten antwortet, reagiert. Es ist also biologisches Geschehen, sei es, daß es sich um einen Reflex handelt oder um ein Gefühl oder um einen Denkakt. Alles Psychische ist an ein lebendes Wesen gebunden und entspricht in seiner Entwicklung der Entwicklung des ZNS. Je differenzierter das Gehirn, zu desto höheren psychischen Leistungen ist es fähig.

Ich glaube, man wird es einem Mediziner nicht verargen, wenn er diese allem Mystischen und Spekulativen abgewandte Auffassung des Psychischen sympathisch findet. Die Vorstellung, daß das abstrakte Denken durch Transformierung und Entwicklung aus der Grundeigenschaft des lebenden Organismus, der Mneme, abgeleitet werden kann, und daß hierin kein größeres Wunder zu erblicken ist als etwa in der Umwandlung der Haut in das Auge, diese Vorstellung führt in wirklich biologischer Weise zu einer Einordnung des Psychischen in die Funktionen des Organismus

Wir finden nun die Anwendung des Kraftbegriffs auf das Psychische auch bei anderen Psychologen, von denen nur *Ostwald* und *Lipps* erwähnt seien. *Ostwald* nimmt auch dieselben Elemente an wie *Jodl*,

ohne aber die Sonderstellung der Vorstellung gegenüber den primären Akten zu erkennen. Und *Lipps* führt, wie es gewöhnlich geschieht, die Hypothese nicht konsequent durch. Er glaubt vielmehr, daß sich die Psyche bei Affekten passiv verhält und nur bei Empfinden und Streben Aktivität entwickelt. *Jodls* Ansicht geht aber dahin, daß die psychische Kraft stets einheitlich ist und stets alle Elemente, wenn auch in verschiedenen Mengen, enthält. Diese stellen gewissermaßen nur verschiedene Inhalte einer Reaktion dar, die nur in der Abstraktion zu isolieren ist. Und auch die Elemente sind nicht isolierbar wie die einer chemischen Verbindung, sondern nur Abstraktionen, die wir der Selbstbeobachtung entnehmen. Es gibt kein isoliertes Empfinden oder Fühlen, kein isoliertes Wollen oder Vorstellen, sondern nur ein Überwiegen einer Qualität im psychischen Akt. Es ist aber nicht weniger Aktivität in dem einen oder anderen Akt enthalten, nur weil sein Inhalt ein anderer ist. Die Intensität des Psychischen ist vielmehr ausschließlich von der Stärke des Reizes und der Beschaffenheit des ZNS abhängig.

Wenn man die zahlreichen Psychologieen miteinander vergleicht, so erkennt man, daß die Verschiedenheiten der Anschauungen im wesentlichen auf denselben Ursachen beruhen wie die der Psychiatrie, nämlich auf der Verschiedenheit der Grundanschauung und dem Fehlen klarer Definitionen, und daß ein Versuch, gewisse Streitfragen zu entscheiden, nur dann Aussicht auf Erfolg haben kann, wenn man die Fragestellung ändert. So ist es z. B. mit der viel diskutierten Frage, wie sich eine Vorstellung von einer Empfindung unterscheidet. Noch *Stumpf* glaubt, daß die Vorstellung nichts als eine sehr schwache Empfindung sei, daß also diese beiden Qualitäten unmerklich in einander übergehen. Er glaubte sogar, das experimentell bewiesen zu haben. Für *Jodl* ist das vorgestellte Licht der Sonne nicht stärker oder schwächer als das empfundene, sondern es ist etwas völlig anderes, eine andere Art des psychischen Geschehens. „Nicht die Inhalte sind verschieden, sondern die Bewußtseinstätigkeit". Dieser oft zitierte Satz *Jodls* war für mich eine der wichtigsten Erkenntnisse. Der Begriff der Vorstellung gewinnt damit erst Klarheit, und es liegt nun auch kein Grund mehr vor, die Anwendung des Energiebegriffs auf das Vorstellen als sinnlos zu bezeichnen, wie es *Jaspers* tut. Wenn das Vorstellen eine Art psychischer Aktivität ist oder doch als solche aufgefaßt werden kann, so muß man ihm auch größere oder geringere Intensität zubilligen. Wenn die Phänomenologie das nicht anerkennt, so kann ich darin nur einen Mangel dieser Lehre erblicken.

Durch die schematische Einteilung des Psychischen gewinnt nun

der Begriff der Assoziation einen erheblich anderen Inhalt. Wo er überhaupt definiert ist, versteht man darunter nur die Verknüpfung von Vorstellungen untereinander. Wir müssen aber den Begriff erweitern und verstehen unter Assoziation die Auslösung psychischer Akte überhaupt durch einen anderen. Die Kette kann sehr verschiedene Glieder enthalten, das psychische Geschehen spielt sich nicht mehr in einer Ebene ab, sondern in zweien. Es kann eine Empfindung ein Gefühl oder ein Streben auslösen, ohne daß Vorstellungen eingeschaltet werden, oder es können sich erst Vorstellungen anschließen, die ihrerseits wieder primäre Akte hervorrufen. Es gibt also keine lustbetonte Empfindung, sondern der Affekt ist ebenso ein psychischer Akt wie die Empfindung. Und ein Gefühl kann ebenso eine Vorstellung hervorrufen wie umgekehrt Reaktion auf eine Vorstellung sein. *Jodl* hält die Beziehungen von Gefühl und Vorstellung für besonders eng, ihre gegenseitige Auslösung für leichter als die von Vorstellungen und Empfinden oder Wollen. Ich glaube, daß er auch hier den Tatsachen gerecht wird und kann nur empfehlen, seine ausführlichen Darlegungen dieser Ansicht nachzulesen.

Einige Begriffe ferner, welche die Psychologie aus dem Sprachgebrauch übernommen hat, ohne sie wissenschaftlich zu definieren, können durch Anwendung der skizzierten Grundanschauung schärfer gefaßt werden, so die viel umstrittene Aufmerksamkeit, die *Lipps* als das zentrale Problem der Psychologie bezeichnet, dann auch Gedächtnis, Gewissen, Intelligenz, Temperament und Charakter, Talent und Genie. Ich möchte hier nur noch auf einen Begriff näher eingehen, der allerdings in der normalen Psychologie bisher keine erhebliche Rolle gespielt hat, das ist die psychische Konstitution.

In der Psychiatrie ist besonders durch *Ziehen* der Begriff der psychopathischen Konstitution zu großer Bedeutung gelangt, aber auch sonst wird er vielfach angewandt. Es ist dabei merkwürdigerweise übersehen worden, daß keine Psychologie von einer normalen psychischen Konstitution spricht, die doch zweifellos gegeben sein muß, wenn es eine krankhafte Abart gibt. Man hat den Begriff aus der Biologie übernommen, ohne ihn für Psychisches zurecht zu schleifen. Die Konstitutionsformen, die man heute als Grundlagen der Persönlichkeit ansieht, beziehen sich stets auf somatische Eigenschaften, auf Unterschiede in der endokrinen Veranlagung und angeborene körperliche Abweichungen. Die normale Psychologie hat sich mit dem hier vorliegenden Problem, soweit ich sehe, gar nicht beschäftigt.

Wir kommen damit zu der wichtigsten Nutzanwendung, die die

normale Psychologie aus dem *Jodl*schen Schema ziehen kann und wie ich glaube, ziehen muß. Konnte man nämlich unter Anwendung des Energiebegriffs an jedem psychischen Akt neben der Qualität noch die Intensität unterscheiden, so kommt bei Anwendung unseres Schemas noch ein drittes hinzu, die psychodynamische Proportion oder die Reaktionsform. Sobald ich nämlich annehme, daß in jedem psychischen Akt zwei verschiedene Arten der Bewußtseinstätigkeit enthalten sind, die primäre und sekundäre, folgt daraus, daß das Verhältnis dieser beiden Komponenten verschieden sein kann. Zeigt uns schon die Selbstbeobachtung, daß wir zu verschiedenen Zeiten überwiegend präsentativ oder überwiegend reproduktiv reagieren, also uns mehr sinnlichen Empfindungen oder abstrakten Überlegungen hingeben können, so ergibt sich aus dem Vergleich verschiedener Organismen, daß diese Unterschiede auch konstitutionell, in der Struktur des ZNS begründet sein können. Der Hund reagiert im Vergleich zum Menschen offenbar mehr auf gegenwärtige Reize als auf Erinnerungen, der erwachsene Mensch wiederum wird mehr durch Vorstellungen beeinflußt als das Kind, und der intelligente Mensch handelt überlegter als der schwachsinnige. Wir erkennen also, daß die Qualitäten oder die Inhalte des psychischen Geschehens bei allen Menschen gleichartig sind, und zu den primären Akten sogar die höheren Tiere fähig sind; daß aber die Unterschiede von Mensch und Tier oder Mensch und Mensch auf der Entwicklung der sekundären Stufe beruhen müssen. Es liegt nahe, darin auch eine Steigerung der Intensität des Psychischen zu sehen, denn die höhere Stufe der psychischen Leistung setzt stets das Vorhandensein der niederen voraus, sie schwebt nicht in der Luft, sondern erhebt sich auf dem Unterbau der tieferen Funktionen. Die Gesamtintensität, die ein Individuum auf psychischem Gebiet entwickeln kann, ist nun durch die Struktur seines Gehirns bestimmt. Und ebenso müssen wir uns die Entwicklung der sekundären Funktion an die des ZNS gebunden vorstellen. Durch diese konstitutionelle Veranlagung ist also die Reaktionsform des Individuums in gewissen Grenzen bestimmt und der Wechsel von überwiegend primärer oder sekundärer Reaktion beschränkt.

Sobald es nun aber verschiedene psychische Konstitutionen gibt, muß man eine als Norm bezeichnen können, von der die anderen in bestimmter Weise abweichen. Dabei verstehen wir unter Norm die häufigste und gewöhnlichste Art der Konstitution. Für den Kulturmenschen nehmen wir an, daß er überwiegend mit sekundären Akten reagiert, daß er also keiner Empfindung usw. fähig ist, ohne zahlreiche Vorstellungen damit zu verbinden. Wir nennen ihn daher Hyper-

noiker. Den Typ dagegen, den man gewöhnlich als schwachsinnig bezeichnet, und dessen Reaktion wesentlich primärer Art ist, nennen wir hyponoisch. Sie beide stellen einerseits Grenzzustände des Normalen dar, andererseits leiten sie ohne scharfe Grenze über zur psychopathischen Konstitution. Der normale Mensch kann also zu verschiedenen Zeiten hyper- oder hyponoisch reagieren, die psychodynamische Proportion seiner Reaktion kann in gewissen Grenzen schwanken. Je stärker er aber konstitutionell hypernoisch ist, desto seltener werden die hyponoischen Reaktionen bei ihm sein und umgekehrt.

Außer der Form der Reaktion ist es nun vor allem die Intensität, die eine Einteilung der psychischen Konstitutionen gestattet. Auch hier ist eine gewisse Breite der Intensität als normal, deren Überschreiten als abnorm anzusehen. Schwächer als normal ist die psychische Kraft bei Imbezillen und Idioten, stärker bei Talenten und Genies. Beide Gruppen können ihrem Niveau entsprechend, also relativ, hyper- oder hyponoisch reagieren, so daß sich 6 Grundtypen der Konstitutionen ergeben.

Diese Einteilung ist für die Psychiatrie von besonderer Wichtigkeit, weil sie zum erstenmal schwere geistige Störungen mit höchster geistiger Leistung in rein psychologische Beziehung setzt. Wir dürfen doch das angegebene Schema nicht als erschöpfend auffassen. Weder die Dreiteilung der primären Funktion noch die Einteilung in zwei Stufen wird der Mannigfaltigkeit des Psychischen gerecht. Darauf kommt es aber auch nicht an. Eine Fiktion entspricht nicht der Wirklichkeit, sondern sie dient dazu, sie zu verstehen. Man könnte ohne Schwierigkeit 10 primäre Qualitäten und 6 Stufen des Psychischen annehmen oder beliebig andere Zahlen, wenn damit das Verständnis gefördert würde. Das Genie wäre dann von dem Idioten nicht nur durch 4 Gruppen getrennt, sondern man würde sich eine größere Anzahl Varianten dazwischen eingeschoben denken. Aber der Unterschied bliebe auch dann ein quantitativer und das ist das Wesentliche.

Die Psychiatrie hat bisher fast ausschließlich die Qualität des Psychischen für wichtig gehalten und immer wieder versucht, durch Beschreibung der Inhalte des Psychischen nicht nur die Krankheiten voneinander, sondern auch das Krankhafte vom Gesunden abzugrenzen, ebenso wie die normale Psychologie das Geniale vom Normalen qualitativ unterscheiden wollte. Die richtigen Ansätze, die im Sprachgebrauch für eine quantitative Unterscheidung vorhanden sind, wurden nicht beachtet. So findet man nirgends eine Definition dessen, was krankhaftes Psychisches bedeutet.

Ich möchte hier darauf aufmerksam machen, daß die Möglichkeit der Definition noch nicht die Fähigkeit in sich schließt, nun auch im Einzelfall immer entscheiden zu können, ob ein psychisches Geschehen normal oder krankhaft ist. Die Theorie muß aber der Praxis voraufgehen und ihr den Weg weisen. Sobald wir nun den Energiebegriff zugrunde legen, ergibt sich, daß die Intensität der Reaktion den Maßstab dafür bilden muß, ob wir sie als normal anzusehen haben oder nicht. Der Begriff des Krankhaften ist kein psychologischer und kann daher nicht psychologisch definierbar sein. Eine Reaktion kann abnorm sein, braucht aber deswegen noch nicht krankhaft zu sein wie z. B. die geniale Reaktion. Entscheidend für die Frage des Krankhaften ist die Ursache der Abweichung von der Norm. Trotzdem aber ist das erste, wodurch sich eine Reaktion als krankhaft erweist, die Abweichung von der normalen Intensität. Damit ist eine praktisch wichtige Erkenntnis gewonnen, deren Richtigkeit im einzelnen sich aus folgenden Überlegungen ergibt.

Man kann allgemein sagen, daß eine psychische Reaktion abhängig ist von dem Reiz und der Konstitution, modifiziert durch die individuellen Eigenschaften, die momentane Beschaffenheit des ZNS., kurz durch die Umstände, die wir als Konstellation zusammenfassen können. Es ergibt sich also die Formel: Reaktion = Reiz (Konstitution + Konstellation).

Aus unserm Schema ergibt sich, daß zwei Gruppen von Reizen unterschieden werden müssen, was an einem Beispiel gezeigt sei. Wir sehen einen Menschen, der über Angst klagt. Die erste Frage lautet, wovor er sich ängstigt und in vielen Fällen wird er seinen Affekt durch Vorstellungen wie Sorgen, Furcht vor bestimmten Gefahren usw. begründen können. Diese Angst nennen wir psychogen. Vielfach aber, und gerade bei Geisteskrankheit, kann der Patient keinen Grund für seine Angst angeben. Dabei ist diese unerklärliche, grundlose Angst oft besonders heftig und quälend. Wir finden ähnliche Zustände bei Alkoholvergiftung, Herzfehler, im Fieber. Sind solche Ursachen nicht vorhanden, so handelt es sich mit Wahrscheinlichkeit um die als endogene Depression bezeichnete Krankheit, für die wir eine endokrine Störung, also eine somatische Ursache anzunehmen gewohnt sind. Der Reiz ist also ein somatogener, von Vorstellungen ganz unabhängig. Es ist klar, daß eine solche Angst etwas anderes ist als die psychogene. Sie ist im Gegensatz zu dieser durch Vorstellungen nicht beeinflußbar, und solche Kranke erweisen sich daher, selbst wenn sie die Grundlosigkeit des Affekts einsehen, zeitweise also über dem Affekt stehen, gegen Zureden, Suggestion oder Hypnose refraktär.

Bei näherem Zusehen ergibt sich nun, daß jede Reaktion auf diese doppelte Art entstehen kann, daß man also nicht aus dem Inhalt ohne weiteres schließen darf, welche Art der Reaktion vorliegt, sondern der Mechanismus der Entstehung allein dafür maßgebend ist. Bleiben wir bei dem Beispiel der Angst. Auch der Geisteskranke, für dessen Zustand wir eine endokrine Noxe, also eine somatische Ursache, verantwortlich machen, klagt oft nicht nur über eine unbestimmte Angst, sondern er glaubt sich verfolgt, fürchtet für seine Sünden bestraft zu werden, hört eingebildete Drohungen, sieht schreckliche Gestalten — und führt seine Angst auf diese Erlebnisse zurück. Der Angstaffekt ist also vielfach nicht das einzige Symptom, sondern es treten Halluzinationen und Wahnideen dazu, die den Kranken zu Verzweiflungstaten, zu Selbstmord oder Gewalttat gegen andere bringen können.

Wir bemerken hier, daß die soeben genannten Kardinalsymptome der Geisteskrankheit der Art und Zahl nach den von *Jodl* angenommenen Elementen des Psychischen entsprechen. Die Angst ist das häufigste Zeichen der somatogenen Erregung und oft lange Zeit das einzige. Dann aber, so können wir es uns vorstellen, breitet sich die Erregung weiter aus, sie ergreift das Empfinden und führt zu Vorstellungen. Die Spontaneität oder das Streben ist dabei auch gesteigert: Der Kranke ist motorisch unruhig, er gestikuliert, spricht lebhaft, zittert, mitunter tritt das sog. Grimassieren auf. Dem Kranken kommen diese Begleiterscheinungen aber nicht zum Bewußtsein und auch für die Beobachtung treten sie nicht in den Vordergrund. Sie beweisen nur, daß die krankhafte Erregung die gesamte Psyche erfaßt, daß alle psychischen Reaktionen krankhaft gesteigert sind und nur wie im Normalen abwechselnd die eine oder andere Qualität überwiegt.

Der Inhalt der Wahnvorstellungen und Halluzinationen und damit die Begründung der Angst ist hier nicht durch die Art des Reizes bestimmt. Denn wir nehmen ja für die verschiedenen Kranken dieselbe Noxe an. Der Inhalt der Psychose wird vielmehr von dem Material geliefert, das das Individuum als Vorstellungen in seiner Erinnerung aufgespeichert hat.

Es ist nun in der Praxis vielfach sehr schwer, im Anfang einer Erregung zu entscheiden, welche Art der Entstehung vorliegt. Natürlich ist es aber prognostisch von größter Bedeutung, ob ein Erlebnis den Grund für die Erregung bildet, oder eine Vergiftung des Gehirns, wie sie die schizophrene Noxe darstellt. Die meisten Menschen haben Sorgen, Aufregungen, traurige Erlebnisse, und in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sind die Angehörigen natürlich geneigt, diese als

Ursache der Erkrankung anzusehen. Mißhandlung des Ehemanns, Untreue des Bräutigams, finanzielle Sorgen, Krankheit usw. wird die Schuld an dem Zusammenbruch beigemessen. Nur zu oft zeigt dann der weitere Verlauf, daß diese Annahme falsch war und die Erlebnisse nur den Inhalt der Erregung gefärbt haben. *Birnbaum* hat das sehr gut als pathoplastisch bezeichnet.

Ich will hier nicht die Symptomatologie der Psychosen aufrollen, sondern nur herausheben, zu welchen Schlüssen unsere schematische Fiktion führt.

Wie bei anderen Giften sehen wir auch im Verlauf der Schizophrenie auf die Erregung eine Hemmung der psychischen Kraft folgen. Es tritt damit eine gewisse Beruhigung ein, die aber oft nicht identisch ist mit Genesung, sondern nun zeigen sich gewisse Symptome, die auf eine dauernde Abschwächung, einen Defekt schließen lassen. Aus dem begabten lebhaften Studenten ist ein interesseloser Mensch geworden, der seine Zeit mit Nichtigkeiten ausfüllt, keine Fortschritte macht, sich von den anderen zurückzieht. Sein geistiges Niveau ist jetzt ein anderes, tieferes geworden. Die Höchstleistungen sind abgebaut, er ist im Verhältnis zu früher hyponoisch.

Berze hat versucht, alle schizophrenen Symptome auf eine Abnahme der psychischen Energie zurückzuführen. So sympathisch mir aber seine Anwendung des Energiebegriffs ist, so wenig kann ich mich mit seinen Anschauungen einverstanden erklären, weil ihnen die *Jodl*sche Grundlage fehlt. *Berze* hält daher auch an der — man kann sagen orthodoxen — Trennung des manisch-depressiven Irreseins von der Schizophrenie fest. Für uns ist das eine der wesentlichsten Konsequenzen, daß diese Geistesstörung nur dem Inhalt nach von der Schizophrenie unterschieden ist, daß aber kein Grund besteht, eine besondere Erkrankung in ihr zu sehen, nur weil der Affekt das wesentlichste Symptom darstellt. Diese Trennung ist allein auf die Entwicklung der Psychiatrie zurückzuführen, auf das Fehlen von psychologischen Definitionen.

Für uns ist das manisch-depressive Irresein eine Erregung des Fühlens wie die Halluzination die des Empfindens, die Katatonie die des Strebens und die Wahnidee die des Vorstellens.

Daß die Psychiatrie vor allem Erregungssymptome kennt, die Hemmung aber nicht genügend wertet, liegt einfach daran, daß diese positiven Symptome sich der Beobachtung aufdrängen, die negativen aber schwerer zu erkennen sind.

Unsere Anschauung verzichtet darauf, eine große Anzahl verschiedener Psychosen als Krankheitseinheiten zu unterscheiden; sie erkennt das Suchen danach als unfruchtbar und zwecklos. Der Inhalt

der Psychose ist unwesentlich. Dagegen muß man danach streben, sich ein Bild von der Schwere der Erkrankung zu machen und dafür bietet unsere Anschauung zweifellos mehr Handhaben als die anderer Autoren. Der Prozeß der Vereinfachung, den die Wandlungen der psychiatrischen Diagnostik der letzten Jahrzehnte mit große Deutlichkeit erkennen läßt, — von ca. 30 verschiedenen Krankheiten sind 3 übrig geblieben — wird erst dann beendet sein, wenn unsere Forderung der Einheitspsychose allgemein anerkannt ist. Der Beweis für diese kann psychologisch nicht erbracht werden, ebensowenig wie das bei der Paralyse möglich war. Auch hier kam die Zusammenfassung erst, als die serologische Forschung die luetische Noxe nachweisen konnte. Selbst danach gab es aber noch lange Autoritäten, die an ihrer völlig unzulänglich begründeten Ansicht festhielten. Unsere Einheitspsychose soll, um das noch einmal genau zu präzisieren, alle die krankhaften Symptomenkomplexe umfassen, die durch die noch unbekannte Noxe der Schizophrenie hervorgerufen werden. Es ist also eine ätiologische Einheit. Die Verschiedenheit der Symptomenbilder läßt sich unserer Ansicht nach durch Verschiedenheit der Intensität der Reize und die Verschiedenheit der Konstitution und Konstellation erklären. Schizophrenie kann in jedem Lebensalter auftreten, ist also weder eine Erkrankung der Pubertät noch der Involution, aber die Symptome sind andere, je nachdem die Psyche des Jugendlichen, des Erwachsenen oder Senilen erkrankt. Schizophrenie kann ebenso gut Affektstörungen machen wie Halluzinationen oder Wahnideen hervorrufen. Der Inhalt der Psychose ist ebenso nebensächlich wie bei der Paralyse. Schizophrenie kann leicht oder schwer auftreten, heilen oder nicht heilen — das hängt genau wie bei anderen Krankheiten von der Schwere der Vergiftung und der Widerstandskraft des Organismus, also von biologischen Faktoren ab.

Die praktische Bedeutung dieser psychologisch begründeten Anschauung ist nun eine zweifache: Zunächst verliert damit der Inhalt der Psychose das Interesse, das ihm unberechtigterweise bisher entgegengebracht wurde. Es ist nicht mehr wichtig, ob jemand halluziniert oder Wahnideen hat, ob er heiter oder traurig, unruhig oder ruhig ist, sondern die Hauptfrage ist, ob die krankhafte Erregung psychogen oder somatogen ist. Ferner aber werden die therapeutischen Bestrebungen in eine bestimmte Richtung gewiesen. Wenn es nur eine schizophrene Noxe gibt, so vereinfacht sich das Forschen nach der endokrinen Störung. Noch *Fauser* hat vor 10 Jahren, wie Sie wissen, behauptet, er könne mit dem *Abderhalden*schen Verfahren die Schizophrenie vom manisch-depressiven Irresein trennen. Ich habe das be-

reits damals für unmöglich erklärt und heute sind die *Fauser*schen Befunde als unrichtig erwiesen. Wenn wir andrerseits die sog. funktionellen Geisteskrankeiten für psychogen halten würden, müßten wir jede Hoffung, jemals ihre Ursache zu ergründen und sie therapeutisch zu beeinflussen aufgeben, und damit wäre der Forschung jede Handhabe entzogen und jeder Antrieb genommen.

Lassen sich nun unsere Anschauungen bzgl. der Geisteskrankheiten voraussichtlich erst in der Zukunft beweisen, so sind sie auf dem Gebiet der psychogenen Störungen und der Psychotherapie von aktueller Bedeutung. Hier ist es zunächst das Hysterieproblem, das eine überraschend einfache Lösung findet, eine Lösung, die zwar von *Charcot*, *Möbius* u.a. bereits gegeben worden ist, aber nicht psychologisch begründet werden konnte. Wenn *Möbius* sagt, jeder Mensch sei etwas hysterisch, so sind wir in der Lage, diese sehr richtige Beobachtung auf Grund unseres Schemas schärfer zu präzisieren. Für uns ist der Kulturmensch hypernoisch, sein Vorstellungsleben ist stark ausgebildet. Infolgedessen ist er durch Vorstellungen leicht zu erregen, zu beeinflussen, er ist besonders in seinen Gefühlen, mehr oder weniger auch in seinen Empfindungen und Handlungen von ihnen abhängig. Auf dem Weg über das Gefühl kann eine Vorstellung besonders leicht eine Erregung der gesamten Psyche herbeiführen, die durch andere sich anschließende Vorstellungen lange unterhalten wird. So kann Angst vor Strafe, Krankheit, Schande usw. den Menschen aufregen, seine psychische Energie übermäßig absorbieren und ihn für andere Eindrücke unzugänglich machen. In solchem Erregungszustand fehlt die Kritik, die ruhige Abwägung aller Umstände, kurz die Fähigkeit, den Wert der Gegenvorstellungen zu beurteilen. Sehr leicht entsteht nun der Glaube an das reale Vorhandensein der nur in der Phantasie existierenden, von der Angst vorgespiegelten Tatsachen. So kommt es zu den hysterischen Symptomen, die nach unserer Anschauung stets auf eine Angstvorstellung zurückzuführen sind, wobei aber im Gegensatz zur schizophrenen Erregung die Vorstellung das primäre ist. Diese Angst ist in dem Augenblick verschwunden, wenn es uns gelingt, den Pat. von ihrer Grundlosigkeit wirklich zu überzeugen, und damit ist er auch von dem hysterischen Symptom geheilt.

Auf dieser Auffassung baut sich die Behandlungsmethode auf, die *Dubois* mit so großem Erfolg angewendet und empfohlen hat; er nannte sie Persuasion. Nun wissen wir aber, daß zweifellos auch andere Methoden bei der Hysterie Erfolg haben: Der Magnet, der elektrische Strom, der heilige Rock von Trier, Lourdes, die Lehmkur

usw. können mit glänzendem Resultat angewandt werden, nicht zu vergessen die Suggestion und Hypnose.

Es ist nun mit Hilfe unseres Schemas möglich, sowohl die psychologische Eigenart zu bezeichnen, die den Menschen hysteriefähig macht, wie auch die Wirksamkeit so verschiedener Heilmittel verständlich zu machen.

Die Hysteriefähigkeit ist abhängig von der psychodynamischen Proportion. Sobald durch Erregung ein Überwiegen von Vorstellungen hervorgerufen wird, ist die Bedingung für das Auftreten hysterischer Symptome geschaffen. Dabei ist es nicht notwendig, daß die Gesamtintensität der psychischen Kraft ebenso oder höher als die Norm ist. Im Gegenteil! eine gleichzeitige Herabsetzung der Gesamtleistung, wie sie z. B. die Ermüdung zur Folge hat, schafft einen besonders günstigen Boden für das Auftreten hysterischer Symptome. Die Reaktion ist dann als relativ hysterisch zu bezeichnen.

So verstehen wir die Tatsache, daß gesunde kräftige Männer durch das Zusammentreffen von großen Anstrengungen und Aufregungen im Kriege schließlich zu hysterischen Erkrankungen kommen konnten. Ferner erklärt sich, daß Hyponoische und Schwachsinnige häufig hysterisch sind, nämlich dann, wenn sie im Verhältnis zu ihrer Gesamtintensität, also relativ, viel Vorstellungen haben. Schwachsinn und Hysterie sind zwar in gewisser Beziehung Gegensätze, insofern bei dem reinen Imbezillen die primäre Funktion stärker ist als die sekundäre, bei dem reinen Hysteriker aber die sekundäre Funktion überwiegt. Wir sahen aber schon vorher, daß auf jedem geistigen Niveau der Unterschied von Hypo- und Hypernoia gemacht werden muß.

Wenden wir uns nun den Heilmethoden zu, so muß man zunächst das Gestrüpp der sog. Termini technici entfernen, das gerade hier überreichlich wuchert. Sie wissen, daß über Suggestion und Hypnose eine riesige Literatur existiert, daß unzählige Theorien sich mit diesen geheimnisvollen Tatsachen beschäftigen, und daß doch nirgends die Begriffe definiert werden. Die Hypnose gehört zu den medizinisch-psychologischen Ausdrücken, die der Empirie ihre Entstehung verdanken. Weil die Hypnotisierten wie Schlafende aussehen, nennt man den Zustand so und sagt damit gleichzeitig, daß man ihn für einen schlafähnlichen Zustand hält. Die Tatsache des sog. Rapports zwischen dem Medium und dem Hypnotiseur unterscheide eben die Hypnose von dem Schlaf.

Nun, diese Auffassung ist schon oft als falsch erkannt worden, aber man findet sie noch bei vielen Psychologen ja auch bei Psychotherapeuten. Sobald man aber sich die Frage vorlegt, wer hypnotisier-

bar ist und wer nicht, erkennt man, daß es dieselben psychischen Konstitutionen sind, die wir soeben als hysteriefähig gekennzeichnet haben. Der Säugling ist es sicher nicht, der Idiot, das Tier, der Geisteskranke ebensowenig. Besonders leicht aber die Schwachsinnigen geringeren Grades und die Intelligenten, wenn sie hysterische Symptome haben. Die Hypnose beruht auf einer Erregung, nämlich auf der Spannung, Erwartung, Hoffnung, dem Vertrauen oder wie man es sonst nennen will, die der Therapeut in dem Medium durch Vorstellungen erzeugt. Er überredet es, erweckt den Glauben an seine Kenntnis, seine Macht, ihm zu helfen, und erreicht so die Willfährigkeit, die zum Eintritt der Hypnose erforderlich ist. Dann tritt das ein, was auch sonst bei den genannten Affekten erfolgt: Die Aufmerksamkeit konzentriert sich auf eine Vorstellung und schaltet damit die übrige Denktätigkeit sowie die primären Funktionen weitgehend aus. Das Medium ist infolge der Konzentration zu anderen psychischen Leistungen nicht fähig, kann dagegen in der vom Meister gewollten Richtung mehr leisten als sonst. Die Hypnose ist ein Erregungszustand bei hypernoischer Konstitution. Daraus erklären sich ohne weiteres die Fragen, die damit zusammenhängen.

Der Begriff der Suggestion bedeutet nichts anderes als daß wir jemandem, der erregt ist, eine Vorstellung annehmbar machen. Die Hypnose ist dazu nicht unbedingt notwendig, sie ist nur ein bequemes Hilfsmittel. Daß die Suggestion im täglichen Leben eine so große Rolle spielt, wird nun nicht mehr wunderbar erscheinen, da wir wissen, daß die Mehrzahl der Menschen Hypernoiker sind.

Ist nun ein Mensch durch Sorge oder Angst in Erregung geraten, so gewinnt unter Umständen eine zufällig auftauchende Vorstellung solche Kraft, daß er ganz von ihr beherrscht wird, er wird melancholisch. Solange diese Erregung sehr stark ist, gelingt es nicht, Einfluß auf ihn zu gewinnen. Wir können ihn weder beruhigen, noch hypnotisieren und zwar aus dem einfachen Grunde weil er gar nicht aufnimmt oder verarbeitet, was wir ihm sagen, kurz weil er unter einer Autosuggestion steht.

Diesen Zuständen sehr nahe verwandt sind die Verzückungen, die Ekstasen, die Versenkung u. ä.

Angedeutet sei noch, daß die Unterscheidung von Hysterie und Simulation durch unser Schema sehr erleichtert wird. Immer wieder liest man, daß diese doch recht verschiedenen Zustände ineinander übergehen. Das tun sie ebensowenig, wie Hysterie in Epilepsie übergeht. Es ist doch etwas ganz anderes, ob jemand glaubt, er könne den Arm nicht bewegen, oder ob er genau weiß, er kann es, aber er tut es

nicht, weil er krank erscheinen will. Es kann sich wohl gelegentlich aus dem Nichtwollen eine Autosuggestion entwickeln, besonders wenn Wünsche und Erregung dabei eine Rolle spielen. Meist aber läßt sich nachweisen, ob der Glaube an die Krankheit vorhanden ist oder nicht, wie man ja auch nachweisen kann, ob jemand zu einem Witz lacht, weil er ihn gut findet, oder nur weil er höflich ist, ob also der Affekt echt oder simuliert ist.

Für die Entscheidung, ob ein psychischer Akt oder eine Erregung somatogen oder psychogen ist, steht uns nun nur ein Mittel zur Verfügung, das ist die Einfühlung. Wir versetzen uns in die Lage des andern, stellen uns vor, was auf ihn wirkt und wie wir uns dabei verhalten würden, und vergleichen seine Art zu reagieren mit der unsrigen. Die Schwierigkeit und Unsicherheit dieser Methode liegt auf der Hand. Sie wird zweifellos verbessert, wenn wir die Konstitution und Konstellation in Betracht ziehen und uns nicht durch unklare Begriffe wie Komplexe oder Symbole von den Tatsachen ablenken lassen.

Besonders wichtig ist unsere Anschauung für die Auffassung der sexuellen Verirrungen. Von homosexueller Seite wird oft betont, daß gerade intelligente Menschen pervertiert seien. Man erkennt leicht, daß es nicht die Intelligenz ist, sondern die Hypernoia, die hier eine ursächliche Bedeutung hat. Affektvolle Erlebnisse haften hier stärker als bei normaler Konstitution. Dazu kommen die suggestiven Einflüsse gewisser Ärzte, die falschen Ansichten über die endokrine Entstehung und je länger ein Wahn oder eine Überzeugung dauert, desto schwerer ist sie zu überwinden, desto ausgeschliffener sind auch die Bahnen, die dem sexuellen Empfinden die Vorstellungen zuführen. Homosexualität ist ein rein psychogener Zustand. Noch nie hat eins der schönen und teuren Organpräparate geholfen, wenn der Patient es ohne sein Wissen, also ohne Suggestion, bekommen hat. Noch nie ist der Nachweis erbracht worden, daß die Störung angeboren ist, wenn man die Berichte etwas kritisch betrachtet. Wie häufig dagegen gelegentliche Abirrungen ohne Schaden überwunden werden, wird nie hervorgehoben.

Eine Eigenschaft, die auf Vorstellungen beruht, kann natürlich nie vererbt oder angeboren sein. Von dem Fetischismus z. B. wird das auch nie behauptet, bei der Homosexualität aber soll es so sein, trotzdem hier derselbe psychische Mechanismus in Frage kommt.

Die Vererbbarkeit ist ganz allgemein desto größer je tiefer der psychische Akt ist. Die primäre Funktion bzw. die Fähigkeit dazu bringen wir mit auf die Welt ebenso wie die reflektorischen und auto-

matischen Akte, wie die Tiere die Instinkte. Ohne diese vererbten psychischen Fähigkeiten wären wir nicht lebensfähig. Angeboren ist ferner die Konstitution, deren Vererbbarkeit noch nicht in unserem Sinne erforscht ist. Grade hier kann aber, wie ich glaube, die energetische Auffassung wertvoll sein. Nicht vererbbar sind Eigenschaften wie Ehrlichkeit, Pflichtgefühl, Moral, kurz die komplexen Gebilde. Sie entstehen vielmehr erst mit der individuellen Entwicklung.

Von den Hemmungszuständen sind es besonders die Träume, die als Beweis für die Zweckmäßigkeit unserer Anschauungen herangezogen werden können. Hier sehen wir durch die Herabsetzung der psychischen Kraft infolge der zum Schlaf führenden Stoffe eine schwere Störung des normalen psychischen Geschehens. Es ist nicht aufgehoben, sondern gewissermaßen gedrosselt. Der Energiestrom reicht nur noch zu unvollkommenen Leistungen, wie sie sonst nur bei Verblödungszuständen vorkommen. Wir sind kritiklos, denken unzusammenhängend, können uns nicht konzentrieren, behalten nichts, schwatzen Unsinn, lachen über törichtes Zeug, handeln mitunter unmoralisch, grausam, unverständlich. Die *Freud*sche Auffassung der Träume ist geistreich aber falsch. Dies Produkt einer zum größten Teil abgesperrten psychischen Energie stellt keine Quelle tiefer Erkenntnisse dar, wenn es auch in den Erinnerungselementen des Individuums inhaltlich determiniert ist. Träume sind kein Abbild sondern ein Zerrbild des Lebens. So wenig wir den Charakter eines Menschen aus seiner Psychose besser als aus den Handlungen seiner gesunden Zeit erkennen, so wenig können wir aus seinen Träumen auf seine geistige Persönlichkeit schließen. Träume sind Defektreaktionen, ihr Kennzeichen ist der Schwachsinn.

Wenden wir uns nun zum Schluß den Höchstleistungen des Menschen zu, den ästhetischen, ethischen und sozialen psychischen Akten, die *Jodl* als die komplexen psychischen Gebilde bezeichnet hat.

Ich glaube, daß auch die schwierigen Probleme, die der Psychologie hier erwachsen, nicht ohne Nutzen von unserem Standpunkt aus beleuchtet werden. Wir können alle diese Akte in dem Begriff der Kultur zusammenfassen, und es ist klar, daß sie besonders bei hochentwickelten Konstitutionen möglich sein müssen. Der Sprachgebrauch erkennt für sie alle einen großen Geist oder eine starke Seele als notwendige Voraussetzung an und auch für uns fällt Höchstleistung mit Starkleistung zusammen. Dazu kommt, daß wir im Beginn krankhafter Zustände, bei Paralyse, Alkoholismus, Schizophrenie häufig gerade an diesen Akten die ersten Anzeichen, das Wetter-

leuchten der Krankheit erkennen. Taktlosigkeiten, Entgleisungen, Mangel an Pflichtgefühl oder Sorgfalt, an Liebe oder Mitleid, Störungen des musikalischen oder malerischen Feingefühls, kurz leichte Defekte, die wir einem Durchschnittsmenschen verzeihen würden, fallen uns bei dieser Klasse, an die wir höhere Ansprüche stellen, grade dann auf, wenn sie irgend einer hemmenden Noxe unterliegen, zu denen vor allem auch das Alter zu rechnen ist.

Umgekehrt schließen wir nun aus unserer Anschauung, daß der Grund, warum wir das Schöne, Gute und Soziale so hoch schätzen, in der Kraft liegt, die wir als erforderlich für das Zustandekommen der Leistung erkennen. Sie ist es, die wir eigentlich werten, die wir in jeder Form und auf jedem Gebiet als wertvoll betrachten. Nicht was der Mensch tut, ist wesentlich, sondern wie er es tut. Nicht der Inhalt seiner Handlung bestimmt ihren Wert, sondern die Stärke der psychischen Energie, die sie erfordert.

Wenn es auch zunächst paradox erscheint, daß etwas schön sein soll, weil es schwer darzustellen ist, oder gut, weil es psychische Anstrengung erfordert, so läßt sich diese Ansicht doch aus der Entwicklung der Kultur und aus dem Gegensatz, den primitiven Handlungen, ableiten und begründen. Die feinere Ausbildung der Sinne und die Übung in der notwendigen Technik sind die Vorbedingungen jedes Kunstwerkes. Sie erfordern Konzentration und Energie, was jeder zugeben wird. Das Kunstwerk wird aber, falls wir uns einfühlen können, auf uns ähnlich wirken wie auf den, der es geschaffen hat. Wir müssen für das ästhetische Genießen ebenfalls Kraft aufbringen und je stärker wir seine Schönheit empfinden, desto höher werden wir die Leistung schätzen, die es hervorgebracht hat. Die Art der Kunst ist für diese Frage gleichgültig.

Ebenso finden wir nur dann eine Handlung moralisch wertvoll, wenn wir uns bewußt sind, daß es schwer war, in diesem Fall so und nicht anders zu handeln, wenn wir die Motive als edel anerkennen. Egoistisch nennen wir dagegen, wer ohne Rücksicht auf andere Menschen oder höhere Interessen seinen Trieben folgt. Moralisch schwachsinnig ist der, für den die höheren Begriffe wie Pflicht, Mitleid, Ehre gar kein Gewicht haben.

Die Gemeinschaft, in der die Menschen leben müssen, um überhaupt die Möglichkeit einer geistigen Veredelung zu haben, zwingt das Individuum sich anzupassen, anderen zu helfen, damit ihm geholfen wird, sich möglichst zur Geltung zu bringen, um sich die Achtung und Liebe der anderen zu erwerben. So gut die körperliche Kraft zu einer Führer-

stellung befähigt, wird auch die geistige Leistung dazu verhelfen. Denn alles wird anerkannt, was nützlich ist und nach der Schwierigkeit bewertet. Wer besonderen Mut aufbringt, vor der Gefahr nicht zurückschreckt, die die meisten scheuen, wird ebenso bewundert wie der, der die Keule am weitesten wirft oder am schnellsten läuft.

So glaube ich, daß uns in dem Begriff der psychischen Kraft der Wertmesser auch für die Höchstleistungen gegeben ist.

Die hier skizzierten Probleme habe ich in der Monographie „die psychischen Reaktionsformen“ (Karger, Berlin) eingehend erörtert.

Epilepsie und soziale Fürsorge.

Von
Dr. Z. Bychowski,
Vorsitzender des Gesundheitsamtes der Stadt Warschau.

Gleich am Anfange möchte ich vorausschicken, daß ich hier weder den symptomatologischen Formenreichtum der Epilepsie, noch deren Therapie, die nebenbei bemerkt bei weitem ja nicht so aussichtslos ist, wie man gewöhnlich leider auch seitens vieler Ärzte annimmt, behandeln möchte. Es soll hier nur ein Moment des vielseitigen Epilepsieproblems erörtert werden, und zwar die durchaus wichtige Rolle der sozialen Fürsorge bei der Epilepsie.

Vor allem wären die Grenzen der sozialen Fürsorge und ihr Arbeitsfeld präziser zu fixieren. Selbstverständlich eignen sich nicht alle akuten Fälle, — sei es körperlicher oder psychischer Natur für soziale Fürsorge — im strikten Sinne des Wortes. Solche Fälle sind ja auf sofortige ärztliche Hilfe oder normale Krankenhausbehandlung — angewiesen. Die soziale Hilfe hat sich mit Chronikern, meist unheilbaren, zu beschäftigen, bei denen eine fortwährende ärztliche Beobachtung und Hilfe entbehrlich sind. Obwohl solche Personen einigermaßen arbeitsfähig sind, sind sie jedoch in vieler Hinsicht in ihrer Erwerbsfähigkeit geschädigt und in sozialem Sinn nicht als vollwertig zu betrachten. Wenn solche Individuen ihrem Schicksal überlassen werden, fallen sie gänzlich der Gesellschaft zur Last, während sie bei einer planmäßigen sozialen Fürsorge zu einer gewissen Leistungsfähigkeit und Selbstständigkeit erzogen werden können. Solche Kranke bedürfen der beständigen Kontrolle und der Aufsicht, des Schutzes und der Hilfe, nicht nur aus Rücksicht auf ihre eigene Person, sondern auch auf ihre nächste Umgebung und auf die ganze Gemeinschaft, denn ohne Aufsicht können sie sogar gemeingefährlich werden.

Als schöne Illustration für die Aufgaben der sozialen Fürsorge und deren Beziehung zur medizinischen Hilfe im wahren Sinne des Wortes kann die Tuberkulose dienen. Großangelegte Tuberkulosefürsorgestellen, der fortwährende Ausbau derselben, der innige Kontakt nicht nur mit den Kranken selbst, sondern auch mit ihren Familien,

eine großzügige Propaganda, humanitäre und vernünftige Belehrung und Hilfe haben schon sehr ermutigende Resultate geliefert und es ist zweifellos, daß der Schwerpunkt des Kampfes gegen die Tuberkulose schon in der nächsten Zukunft in der Hand der gesellschaftlichen Fürsorge sich befinden wird.

Obwohl ich hier nicht auf die klinischen Erscheinungen der Epilepsie eingehen möchte, muß ich doch betonen, daß eben die Epilepsie nach der Tuberkulose vielleicht das schwerste Leiden ist, besonders schwer schon deswegen, weil es meistens im Pubertätsalter beginnt, zu einer Zeit, in der sich die ganze Persönlichkeit und Zukunft des Menschen kristallisiert, daß es Jahre ja Jahrzehnte dauern kann und sein Opfer für das ganze Leben gewissermaßen brandmarkt. Wie ein Blitz aus heiterem Himmel erscheint ein solcher Anfall ganz plötzlich bei blühender Gesundheit, jede Initiative des Opfers, ja oft sogar die elementarste Tätigkeit unterbrechend. Da ein solcher Anfall weder vom Kranken noch von der Umgebung vorausgesehen werden kann, wird diese Krankheit, die an und für sich Schrecken und Unheil erweckt, sozusagen auf die Straße coram publico geschleift, was gewiß nicht ohne Folgen für die ganze Zukunft des Kranken und seine ganze Gesellschaftsstellung ist. Wenn ich noch hinzufüge, daß ein solcher Anfall mit dem Tode enden kann oder schwere Folgen nicht nur für den Kranken, sondern auch für seine Umgebung (wie Mord, Sittlichkeitsverbrechen, Militärdisziplin, Brandstiftung usw.) haben kann, werden wir erst verstehen, wie unheilvoll die individuellen und gesellschaftlichen Folgen der Epilepsie sein können.

Verschiedene Statistiken geben 3—4 Epileptiker auf 1000 Einwohner an. Demnach hatten wir z. B. in Polen beinahe 1000 000 Epileptiker. Genaue Zahlen denke ich werden auch bei genau durchgeführten Enqueten niemals festzustellen sein.

Die Epilepsie gehört zu den Krankheiten, die gewöhnlich verborgen gehalten oder oft auch nur bagatellisiert werden. Übrigens konnte ich mich oft überzeugen, daß Epileptiker selbst oft keine Ahnung von ihrer Krankheit haben; manchmal ist es recht schwer, nur der Erzählung nach, den epileptischen Charakter des Anfalls festzustellen. Die ungemein große Anzahl der Schädeltraumen, die der Weltkrieg brachte, hat sicherlich zur Vermehrung der Epileptiker beigetragen[1]). Eine ganze Armee also nicht nur persönlich Zurückgesetzter, sondern auch für die Umgebung höchst Gemeingefährlicher, wie wir u. a. aus den Kriminalberichten ersehen.

---

[1]) *Z. Bychowski*, Die traumatische Epilepsie im Lichte des Kriegsmaterials. — Gazeta Lekarska. 1919 r. Nr. 12—13 (polnisch).

Auch müssen wir in Betracht ziehen, das Epileptiker meistens Leute in jungen Lebensjahren sind mit erhöhtem und oft auch perversem sexuellem Trieb und fähig Nachkommenschaft zu erzeugen.

Obwohl die Epilepsie nicht immer direkt erblich ist, spielt doch die erbliche Belastung eine gewisse Rolle beim Entstehen der Epilepsie, wie bei vielen anderen nervösen und psychischen Erkrankungen degenerativer Natur. Aus vielen Statistiken, die hier nicht zitiert werden sollen, hat man den Eindruck, daß bei Plus minus 10% aller Epileptiker einer der Eltern mit dieser Krankheit behaftet war. (Vgl. die Statistiken von Echeivera, Binswanger, Suchov usw.) Hier ist ein Gebiet, wo die öffentliche Fürsorge eine energische Tätigkeit entfalten sollt. Nicht alle Epileptiker können nach ein und derselben Vorschrift behandelt werden. Eine möglichst genaue Auslese und Individualisation ist hier höchst wünschenswert.

Vor allem müssen alle akuten Fälle ausgeschieden werden, besonders bei den ersten Anzeichen des Leidens. Jeder Kranke sollte schon nach dem ersten Anfall unbedingt einige Wochen in einem Krankenhaus unter fachärztlicher Aufsicht verbleiben, damit der Charakter des Anfalls festgestellt werden könnte. Denn nicht jeder Krampfanfall ist ja epileptischer Natur.

Sehr wichtig sind genaue ophthalmoskopische, serologische und röntgologische Untersuchungen, eventuell Schädelpunktion. Während des Aufenthaltes im Krankenhause sollte jede antiepileptische Behandlung unterbleiben. Mit Hilfe der Hyperventilation wäre es sogar eventuell zweckmäßig einen Anfall hervorzurufen, um dessen Verlauf beobachten zu können. Wie schon bemerkt, wende ich nach dem ersten Anfallenoch keine antiepileptische Behandlung an und zwar aus dem Grund, weil man sich sonst über den Verlauf der Krankheit und den Effekt der Behandlung keine genaue Rechenschaft abgeben könnte. Im Falle der Feststellung des epileptischen Charakters der Anfälle und beim Fehlen jeder „organischen" Unterlage, (Neubildungen, Narben, Schädeltrauma, usw.), bei denen eine chirurgische Behandlung in Betracht kommen könnte, sollte die Toleranz des Kranken auf Brom und eine kochsalzarme Diät ausprobiert werden.

Die Erfahrung lehrt, daß die zur Dämpfung des Anfalls unentbehrliche Dosis von Brom großen individuellen Schwankungen unterliegt. Manchmal genügen 2,0 g und oft steigt man bis 5—6 g und noch höher. Auch die kochsalzarme Diät wird nicht von allen Kranken gleich gut vertragen. Es kommen ja manchmal Zeitperioden vor, wo man bewußt eine kurze Zeit Kochsalz geben muß. Es gibt übrigens auch Kranke, die absolut kein Brom vertragen. Zur Feststellung

aller dieser wichtigen Momente im Beginne des Leidens ist in jedem einzelnen Falle eine sehr genaue Observation von Nöten. Gleichzeitig soll der Kranke oder seine nächste Umgebung über den Charakter des Leidens aufgeklärt werden. Die Aufklärung soll zwar delikat, aber auch gleichzeitig energisch sein, es soll dem Kranken und seiner Umgebung ein gewisser Optimismus mitgeteilt werden, jedoch auch Ausdauer in der Behandlung ,die im besten Falle lange Jahre dauern kann, worüber der Kranke wie auch seine Umgebung unterrichtet sein muß.

Wir sehen immer wieder, daß Kranke nach zeitweiligem Ausbleiben der Anfälle die Behandlung vernachlässigen, was neue epileptische Anfälle zur Folge hat. Nach Verlassen des Krankenhauses wird ein solcher Kranker der ständigen Aufsicht und Kontrolle der offenen öffentlichen Fürsorge übergeben. In der entsprechenden Beratungsstelle sollten alle Epileptiker registriert werden und unter beständiger fachmännischer Beobachtung bleiben. Mit Hilfe eines entsprechenden Pflegepersonals soll ein Kontakt unterhalten und die ganze Zukunft des Kranken geregelt werden (Berufswahl, Schulbesuch) usw. Anleitungen zur rationellen Ernährung (salzarme Speisen, Alkoholabstinenz) spielen hier eine wichtige Rolle. Die Aufgabe einer solchen Pflegerin ist die Überwachung der Innehaltung der entsprechenden Verordnungen und nötigenfalls die Ermöglichung der Ausführung derselben (Lieferung von Milch, Gemüse, Obst usw.).

Die Besprechung der therapeutischen Behandlung der Epilepsie liegt nicht im Rahmen dieser Zeilen, es kann jedoch nicht genug betont werden, daß die Behandlung viele Jahre dauern muß. Durchschnittlich kosten die Arzneien in der Apotheke für einen Epileptiker (Brom, Luminal) etwa 20—30 zloty = 8—12 RM. monatlich, was im Budget einer Arbeiterfamilie schon eine bedeutende Summe ist. So sieht man auch oft, daß die Behandlung aus finanziellen Gründen unterbrochen wird, desto mehr, da die Apotheken — bei uns in Warschau wenigstens — nur nach jemaligem neuem Rezept Luminal verabfolgen, was wiederum den Kranken materiell belästigt und vor weiterer Behandlung abschreckt. Ein Kranker, der in der Beratungsstelle registriert ist, sollte sämtliche nötige Arzneien sehr billig oder ganz unentgeltlich bekommen. Für eine städtische Zentralapotheke beim Engros-Einkauf der entsprechenden Mittel wären ja die Kosten bedeutend kleiner.

Zweifellos ist es möglich, einen solchen Kontakt zwischen den Kranken und dem Pflegepersonal herzustellen; dieser könnte mit der Zeit recht fest werden.

Prof. *Hans Maier* in Zürich sagt auf sein poliklinisches Material gestützt folgendes: (Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren

Grenzgebieten. Berlin 1927, Seite 88) (auf 11600 Kranke kamen 889 Epileptiker): „Bei der Epilepsie hatten wir in einer großen Zahl von Fällen bei entsprechender Behandlung mit Brom-Luminal und entsprechender Diät recht gute Erfolge zu verzeichnen, und es gelang uns solche Kranke, die von praktischen Ärzten als völlig invalid betrachtet wurden, auf der Höhe der Sozialleistungsfähigkeit zu erhalten".

Auf Grund zahlreicher persönlicher Erfahrung kann ich dem nur beipflichten. Als unentbehrliche Bedingungen gelten Ausdauer in der Behandlung und der Glaube an den Erfolg seitens des Kranken wie auch seitens des Arztes. Freilich gibt es Epileptiker, die einer noch genaueren Kontrolle benötigen, ja sogar des ständigen Aufenthaltes in einer Anstalt. Ich denke hier an Epileptiker mit psychischen Erscheinungen. Der freie Aufenthalt solcher Kranker außerhalb der Anstalt ist oft mit großen Schwierigkeiten und für die Umgebung vielleicht sogar mit Gefahr verbunden. In dieser Beziehung sollte Wuhlgarten-Berlin, das ich aus der Vorkriegszeit kenne, auch für andere Städte und Länder als Muster dienen. Das systematisch geregelte, ruhige Leben weit von den Großstadtversuchungen (Alkoholgetränke, Nachtleben usw.) spielt hier keine mindere Rolle, als die ärztliche Behandlung. Die gemachten Erfahrungen in Wuhlgarten zeigten, daß Kranke, die in der Anstalt schon fast ganz frei von Anfällen waren, nach Hause entlassen bald mit Verschlimmerung, ja oft mit einem Verbrechen auf dem Gewissen, nach der Anstalt zurückkehrten.

Der größte Teil der Epileptiker soll und muß in Freiheit bleiben, jedoch unter den schützenden Fittichen einer zielbewußten, humanitären, sozialen Fürsorge.

Ich möchte hier nur noch drei Punkte berühren. Da an Epilepsie meist Individuen im Schulalter erkrankten, entsteht oft die Frage, ob man sie zur Schule schicken soll oder nicht. Diese Angelegenheit muß individuell behandelt werden.

Allen epileptischen Kindern den Schulbesuch und mindestens den der Volksschule zu verbieten, wie wir dies leider hier bei uns zu Lande oft sehen, ist gewiß unrichtig. Sind die Anfälle nicht häufig, hat die Intelligenz nicht gelitten, bleibt das Kind unter beständiger Aufsicht und Pflege (also systematische Arzneieneinnahme, Diät), soll und muß es zur Schule geschickt werden. Es müßte nur die Leitung der Schule und evtl. die Lehrerschaft darauf aufmerksam gemacht werden, daß mit einem solchen Kinde zarter umgegangen werden muß, auch etwas weniger anspruchsvoll und daß im Falle eines

Anfalls in der Schule jeglicher Alarm vermieden werden soll. Für Kinder mit häufigen Anfällen und einer gewissen geistigen Zurückgebliebenheit sollten in den Großstädten spezielle Internate entstehen, die von Ärzten geleitet werden müßten.

Die zweite Frage ist die Berufswahl. Hier hat der Arzt der sozialen Fürsorge das entscheidende Wort zu sprechen. Wir wissen ja, daß die Eltern bei der Berufswahl auch bei gesunden Kindern oft leichtsinnig handeln; bei epileptischen Kindern aber soll diese Frage noch viel ernster erwogen werden. Vor allem sollten sie von solchen Berufen ferngehalten werden, die mit Alkohol (Brauereien, Brennereien, Spiritusausschank, Restaurationen usw.), Blei (Druckereien), schweren und scharfen Werkzeugen zu tun haben. Schuhmacherei Schneiderei, Stickerei, Gärtnerei sind die entsprechenden Berufe. Auch hier müssen die Leiter und die Mitarbeiter auf eventuelle Anfälle vorbereitet sein [1]).

Zum Schluß noch eine Angelegenheit, die der Mithilfe der sozialen Fürsorge bedarf. Es existiert immer noch das Vorurteil, daß die Ehe ein Radikalmittel gegen die Epilepsie sei. Leider habe ich diese Ansicht sogar auch von Ärzten vertreten gesehen. Zweifellos ist diese Ansicht grundfalsch. Der Ehestand bei Frauen verschlechtert meistens den Verlauf der Krankheit besonders im Hinblick auf eine mögliche Schwangerschaft. Die oben genannten Zahlen illustrieren klar die Gefahr, die der Nachkommenschaft droht. Diese wiederum fallen dann der Gesellschaft zur Last.

Leider ist das Eingehen einer Ehe bis jetzt noch an keine gesetzliche eugenische Kontrolle gebunden. Bei Epileptikern aber muß unbedingt eine genaue Kontrolle ausgeübt werden, diese Kranken sollten nach Möglichkeit nicht zur Heirat zugelassen werden.

Gewiß können auch hier Ausnahmen vorkommen, sie sind aber sehr selten. Persönlich kenne ich nur einen solchen Fall. Es handelt sich um ein Mädchen, das an häufigen Anfällen litt und bei dem in der Ehe die Anfälle tatsächlich viel seltener wurden. Höchtwahrscheinlich spielen hier die günstigsten materiellen Verhältnisse eine wichtige Rolle und auch die besondere Sorgfalt des Mannes, der schon vor der Heirat von den Anfällen der Frau unterrichtet war. Sonst aber habe ich nur Verschlimmerung gesehen.

---

[1]) Diese Frage ist vor kurzem eingehend und treffend von *C. Kurtz*, die Verantwortlichkeit für die Berufswahl des Epileptischen (D. Ztschr. f. gerichtliche Medizin 11 [1928]) behandelt worden.

Ich bin mir ganz klar darüber, daß eine systematische Durchführung der hier im allgemeinen skizzierten sozialen Fürsorge der Epilektiker vieler Arbeit, ideeller Aufopferung und großer materieller Mittel bedarf. Wenn wir uns aber überlegen, daß einerseits ein Epileptiker ohne Aufsicht gelassen ganz der Gesellschaft zur Last fallen und womöglich auch ein gefährlicher Verbrecher werden kann und daß sich anderseits unter den Epileptikern viele tüchtige, sogar bedeutende Menschen befinden, so wird man alle Arbeit und Mühe reichlich belohnt finden.

Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.

VI.

Zur gutachtlichen Bedeutung der ungewöhnlichen autochthonen Psychosen, sog. Degenerationspsychosen.

Von
Professor **K. Kleist**, Frankfurt a. M.

Die ungewöhnlichen autochthonen Psychosen, deren Erkennung in den letzten Jahren durch mehrere Arbeiten von *mir* und meinen Mitarbeitern und — unabhängig davon — durch wiederholte Veröffentlichungen *Schröders* angebahnt worden ist, besitzen keineswegs nur eine wissenschaftliche und theoretische Bedeutung. Die Abtrennung dieser Erkrankungen von den schizophrenen, katatonen und paranoiden Verblödungen — denn darauf kommt es im wesentlichen an — ist auch eine wichtige praktisch-ärztliche, menschliche und soziale Angelegenheit. Ob ich zutreffend oder irrig bei einem Kranken die Diagnose Schizophrenie stelle, ist für den Kranken und seine Angehörigen keineswegs gleichgültig. Denn obwohl die Einsicht in den überraschend günstigen Verlauf mancher sogenannter Schizophremien zu dem Wechselbalg der heilbaren Schizophrenien geführt hat, so kann der Begriff der Schizophrenie doch seine Herkunft aus dem der Dementia praecox nicht verleugnen. Die Diagnose Schizophrenie bedeutet daher für die Mehrzahl der Ärzte und erst recht für die Laien eine ungünstige Prognose, die Voraussage der Verblödung. Sie ist gewissermaßen ein seelisches Todesurteil. Im Grunde mit vollem Recht; denn die Histopathologie hat ja nun gezeigt, daß der Schizophrenie ein zerstörender Hirnprozeß zugrunde liegt (*Alzheimer*, *Josephy*, *Fünfgeld*, *Bouman*). Falsche Schizophrenie-Diagnosen schädigen den Kranken aber nicht nur persönlich, sondern oft genug auch in seinen sozialen Beziehungen, im Verhältnis zu seiner Familie und in seinem Berufsleben. Bei meiner gutachtlichen Tätigkeit sind in den letzten Jahren nicht wenige Fälle zu meiner Kenntnis gelangt, bei denen in früheren Gutachten irrtümlich Schizophrenien

diagnostiziert und daraufhin Entmündigungen, Ehescheidungen und andere rechtliche Eingriffe empfohlen und auch vorgenommen wurden, sehr zum Schaden der betreffenden Kranken.

Aus der Zahl dieser Begutachtungen habe ich den folgenden Fall des Arztes Dr. Eimer[1]) zur Veröffentlichung ausgewählt, um mit diesem besonders geeigneten Beispiele die Aufmerksamkeit der gutachtlich-tätigen Fachgenossen stärker auf die atypischen Psychosen und ihre forensische Bedeutung zu lenken. Allerdings war es in diesem Falle für die Eheanfechtung, um die es sich bei Dr. E. handelte, gleichgiltig, ob Dr. E. früher an einer Katatonie oder an einer vorübergehenden atypischen Erkrankung gelitten hatte; denn die Verschweigung dieser Erkrankung vor der Eheschließung war in jedem Falle ein Anfechtungsgrund. Trotzdem war es für Dr. E. von größter praktischer, sozialer und beruflicher Bedeutung, ob er vor den Behörden als ein schlecht geheilter Katatoniker abgestempelt war und blieb oder nicht. Die Sachlage wird dadurch eigenartig beleuchtet, daß der Arzt, dessen Geisteszustand dem Gericht gegenüber als Restzustand einer Katatonie bezeichnet worden war, vor demselben Gerichte als Sachverständiger über den Geisteszustand eines seiner Patienten auszusagen hatte. Er machte seine Sache übrigens ausgezeichnet, wie ich von einem Kollegen weiß, der in der gleichen Angelegenheit als Sachverständiger geladen war. Ganz mit Recht sagte Dr. E. einmal zu mir, daß es ihm in seinem Prozesse und bei der erneuten, von mir zu gebenden Begutachtung in erster Linie auf eine Art von „psychiatrischer Ehrenrettung" ankomme.

Zur klinischen Einführung möchte ich nur bemerken, daß die ungewöhnlichen Psychosen von autochthoner Entstehung und von oft periodischem Verlauf — *Schröder* hat sie später als Degenerationspsychosen bezeichnet — zum Teil den zirkulären (manisch-melancholischen) Erkrankungen symptomatisch, verlaufsmäßig und erblich nahestehen. Im einzelnen sind dies die Motilitäts- und Verwirrtheitspsychosen, die man daher als „zykloide Psychosen" betrachten kann. Andere ungewöhnliche Erkrankungen stehen dagegen dem epileptischen Irresein näher, es sind epileptoide, oder im Hinblick auf ihre Verlaufsweise *episodische Psychosen*, im wesentlichen vom Charakter der *Dämmerzustände*. Bei vielen andern atypischen Erkrankungen ergaben sich Beziehungen zur Paranoia: *paranoide gutartige Psychosen*. Gar nicht selten sind auch Mischbilder aus diesen Erkrankungen. Im Einzelnen sei auf meine letzte Arbeit über „Cy-

[1]) Deckname.



cloide, paranoide und epileptoide Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen" (Schweizer Archiv Bd. 23, Heft 1, 1928) verwiesen.

Dort findet sich auch ein Verzeichnis der einschlägigen Arbeiten des Schrifttums, das noch durch die inzwischen erschienene Studie von *Neustadt* über die „Psychosen der Schwachsinnigen" zu ergänzen wäre (Abh. aus der Neur., Psych. usw. Berlin, Karger 1928).

Ich lasse nunmehr mein Gutachten über den Dr. Eimer mit einigen Kürzungen folgen:

Auf Ersuchen des Landgerichts in ..... erstatte ich in der Ehescheidungs- und Eheanfechtungssache der Eheleute Eimer folgendes Gutachten.

1. Vorgänge nach den Akten.

Am 3. 11. 1926 klagte Frau Dr. E. auf *Scheidung* zu Schulden ihres Mannes, da derselbe sie mit Nichtachtung behandle, tagelang nichts mit ihr rede, ihr keine Auskunft über seine Einkommensverhältnisse gebe, unregelmäßig nach Hause komme, die Mahlzeiten ohne Grund versäume und ohne seine Frau irgendwie zu orientieren, und da er bei geringsten Anlässen tobe und Gegenstände zertrümmere.

Im Verlaufe des Prozesses ergänzte Frau Dr. E. ihre Klage durch den Antrag, die zwischen ihr und ihrem Manne geschlossene Ehe für nichtig zu erklären, da ihr Mann — wie sie erst am 30. 11. 1926 erfahren habe — vor Eingehung der Ehe wegen einer geistigen Erkrankung in einer Anstalt gewesen sei; das auffällige Gebahren Dr. E.'s sei eine Folge dieser geistigen Erkrankung und stelle eine Eigenschaft Dr. E.'s dar, die die Klägerin bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von deren Eingehung abgehalten hätte. Dadurch, daß Dr. E. vor der Eheschließung von seiner Erkrankung nichts erwähnte, habe er die Klägerin arglistig getäuscht (Anfechtung der Ehe auf Grund von §§ 1333 und 1334).

In dem Prozesse sind die Parteien und Zeugen vernommen worden und zwei Gutachten von Dr. *X* erstattet worden, die an der im Jahre 1911 gestellten Diagnose Katatonie festhalten und das ehewidrige Verhalten Dr. E.'s, seine von der Frau behauptete Gemütskälte, Reizbarkeit und Verschlossenheit als Resterscheinungen der Katatonie betrachten. Dr. E. wird demgemäß als ein mit Defekten geheilter Katatoniker betrachtet.

2. Erblichkeit, Anlage, Jugend Dr. Eimers.

Über seine Vorgeschichte hat mir Dr. E. folgende Angaben gemacht, die ich durch einige Bemerkungen der im Jahre 1911 über Dr. E. geführten Krankengeschichte ergänze:

Dr. E.s Vater war ein äußerst gewissenhafter und fleißiger mittlerer Beamter. Er brachte oft noch Arbeiten mit nach Hause, mit denen er im Dienst nicht fertig wurde. Die Prüfung für eine höhere Laufbahn hatte er nicht bestanden, was ihm sehr nahe gegangen war. Nach diesem Mißerfolg lebte er still für sich und seine Familie, pflegte wenig Umgang und beschäftigte sich außerhalb seines Dienstes gern mit seinen Liebhabereien, deren er zwei hatte: die Vogelwelt — er kannte jeden Vogel an der Stimme auf weite Entfernungen — und die Sterne, die er mit einem alten Fernrohr beobachtete und über die er einige Bücher besaß. Er war ruhig, sachlich und streng religiös. Er hatte wohl Sinn für Humor, war aber vorwiegend ernst; Dr. E. kann sich nicht erinnern, seinen Vater einmal lachen gesehen zu haben. Er starb an Herzschwäche, wahrscheinlich infolge einer Coronarsklerose.

Ein älterer Bruder des Vaters hatte es weiter gebracht; er war höherer Beamter und ein geselliger, lebhafter Mann. Dr. E.s Mutter pflegte zu sagen: dieser Schwager und ihr Mann seien wie Tag und Nacht. Von den Kindern dieses Vatersbruders ist eine Tochter ins Kloster gegangen, ein Sohn lernte nicht recht, machte dumme Streiche und ging nach Amerika.

Ein weiterer Bruder des Vaters, der Kaufmann war, ist früh nach England gegangen.

Eine Schwester des Vaters blieb unverheiratet, war ruhig, häuslich und sehr religiös. Über Nerven- und Geistesstörungen in der Vatersfamilie ist Dr. E. nichts bekannt.

Die Mutter war weniger ernst als der Vater, aber auch häuslich, sparsam und vor allem sehr fromm. Sie besuchte täglich die Messe und setzte den Kindern stark mit Religion zu, was Dr. E., besonders als er heranwuchs, oft zuviel wurde. Sie wünschte dringend, daß ihr Sohn Geistlicher würde. Wenn sie den Kindern Märchen erzählte, so mußten sie sehr aufpassen, um das Erzählte beim nächsten Mal richtig wiedergeben zu können. Die Mutter hatte überhaupt eine etwas lehrhafte Natur. Sie hielt zähe an ihren Ansichten fest und setzte ihren Willen immer durch. Auch ihrer Schwiegertochter gegenüber war sie oft recht herrisch und mischte sich zuviel in die Angelegenheiten des Haushalts der Schwiegertochter, so daß es deshalb zu Ausein-

andersetzungen zwischen Dr. E. und seiner Mutter kam. Die Mutter war schwächlich und verlor schon mit 38 Jahren ihre Menstruation. Sie hat eine Fehlgeburt durchgemacht. Während der Wechseljahre hatte sie mehrere schwere Ohnmachten und lag dann längere Zeit bewußtlos. Sie starb mit 71 Jahren an Gehirnschlag.

Zwei Brüder der Mutter waren Ärzte, tüchtige, ruhige und natürliche Menschen.

Eine Schwester der Mutter, die an einen höheren Beamten verheiratet war, litt in späteren Jahren an epileptischen Anfällen.

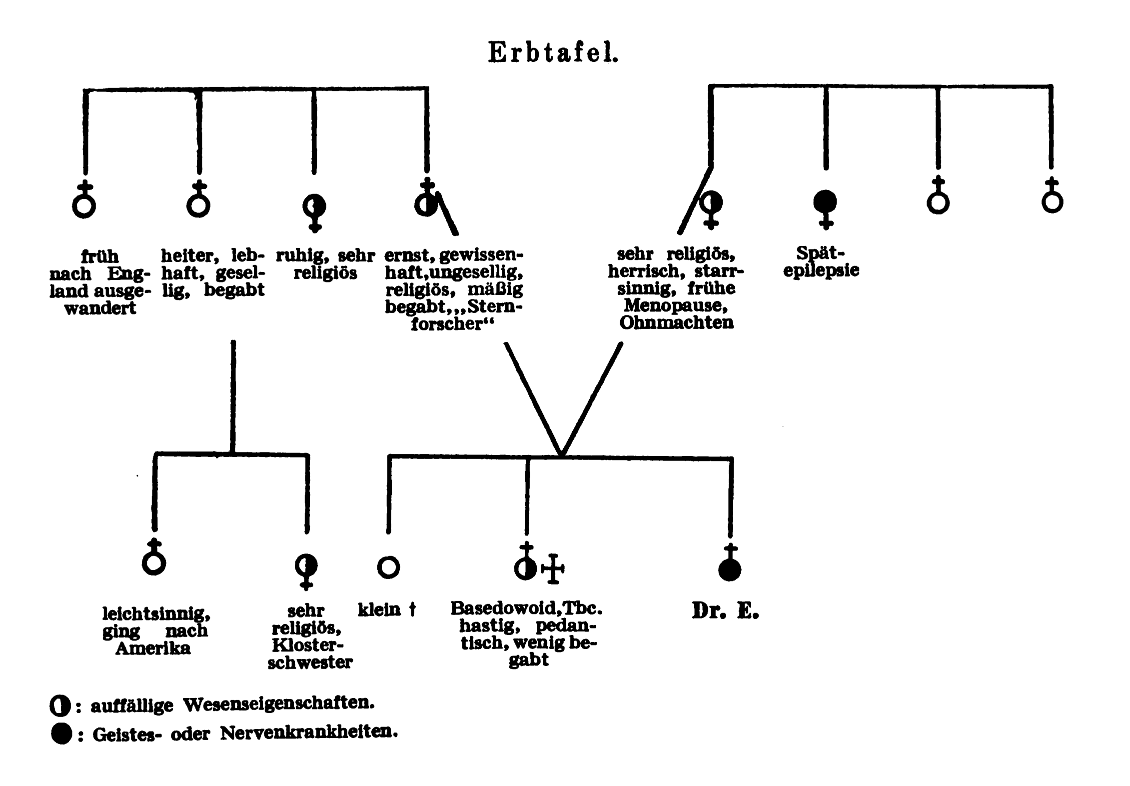
Dr. E. hatte einen um 2 Jahre älteren Bruder, der weniger begabt war. Trotzdem er sehr gewissenhaft und fleißig war, blieb er sitzen und bestand das Abitur erst beim zweitenmal. Auch das ärztliche Vorexamen konnte er nur mit einer Nachprüfung bewältigen. Dr. E. schildert diesen Bruder als etwas pedantisch und nervös. Er hatte ein hastiges Wesen, litt an Zittern und nervösen Herzbeschwerden und hatte hervortretende Augäpfel (basedowoide Konstitution). Er war von zartem, schlanken Körperbau und erkrankte, nachdem er sein ärztliches Staatsexamen abgelegt hatte, an Lungentuberkulose und starb vor 10 Jahren.

Aus einer 1. Ehe des Vaters von Dr. E. stammte ein Kind, daß klein gestorben ist.

Überblickt man diese Erblichkeit — vgl. Erbtafel — so hat Dr. E. von Vaters Seite depressive Züge überkommen, die sich in dem besonderen Ernst, der Stille und Gewissenhaftigkeit des Vaters äußerten und wahrscheinlich auch an der starken Religiosität des Vaters und einer Base, die ins Kloster gegangen ist, beteiligt waren. Wie so oft bei depressiven Persönlichkeiten und Familien fehlen auch in der Vatersfamilie von Dr. E. nicht die gegensätzlichen heiteren und leichtfertigen, manischen Veranlagungen. Sie werden dargestellt durch den heiteren, geselligen und lebhaften älteren Vatersbruder und durch dessen leichtfertigen Sohn.

Von der Mutter her flossen Dr. E. teilweise gleiche Eigenschaften zu, denn auch die Mutter war eher ernst als fröhlich und noch religiöser als der Vater. Dazu kommen aber von der Mutter Seite noch andere erbliche Eigentümlichkeiten, die zum Formenkreise der Epilepsie, des Schwachsinns und der abnormen Drüsenveranlagungen gehören. Eine Muttersschwester litt an Epilepsie; die Mutter selbst hatte in den Wechseljahren schwere Ohnmachten mit langdauernder Bewußtlosigkeit. Das Strenge, Herrische und Unnachgiebige im Wesen der Mutter sind Züge, die man bei Epileptikern und bei sog.

Erbtafel.


früh nach England ausgewandert
heiter, lebhaft, gesellig, begabt
ruhig, sehr religiös
ernst, gewissenhaft, ungesellig, religiös, mäßig begabt, „Sternforscher"
sehr religiös, herrisch, starrsinnig, frühe Menopause, Ohnmachten
Spät-epilepsie
leichtsinnig, ging nach Amerika
sehr religiös, Klosterschwester
klein †
Basedowoid, Tbc. hastig, pedantisch, wenig begabt
Dr. E.
◐: auffällige Wesenseigenschaften.
●: Geistes- oder Nervenkrankheiten.

epileptischen Psychopathen oft findet. Dasselbe gilt für die übertriebene Religiosität der Mutter, die nicht nur mit der ernsten (depressiven) Gemütsbeschaffenheit zusammenhängt, und für die Pedanterie des älteren Bruders von Dr. E., der auch intellektuell weniger begabt war. In das Gebiet der Drüsen mit innerer Sekretion fällt es, daß die Mutter sehr früh ihre Menstruation verlor und der ältere Bruder von Dr. E. an Basedow-Erscheinungen litt, die auch dessen nervöse und hastige Art erklären. Vielleicht beruhte auch die Schwächlichkeit von Mutter und älterem Bruder auf mangelhafter Veranlagung der Inkretdrüsen.

Es sind also manisch-depressive, epileptische und innersekretorische Erbfaktoren vorhanden, jedoch keinerlei kataton-schizophrene, was für die Beurteilung der späteren Psychose des Dr. E. wichtig ist.

Über seine eigene Entwicklung und Art berichtete Dr. E. folgendes: Er sei in den unteren Klassen ein besserer Schüler gewesen als in den oberen. Er habe da lieber etwas zu wenig als zu viel geschafft. Nach Angabe seines Vaters (Krankengeschichte!) war er ein stilles Kind und lernte sehr leicht. Er ist nach eigener Aussage wie sein Vater ein großer Naturfreund und habe mit dem Vater viele Ausflüge gemacht. Vom Vater habe er auch das Interesse für die Astronomie geerbt. Die Religiosität der Mutter empfand er als übertrieben. Er schätzte die Religion mehr von der Stimmungsseite, liebte z. B. den Chorgesang im Dom. Nach dem Abitur, als er nicht mehr so „unter der Fuchtel" war, habe er die Religion „mehr an sich herankommen" lassen. An Krankheiten hatte er als Kind Masern und litt als Schüler oft und viel an Schnupfen, weshalb er als Oberprimaner (mit 19 Jahren) am Nasenseptum operiert wurde. Bei der Operation verlor er viel Blut, war erheblich angegriffen und hatte hinterher mehrere Ohnmachtsanfälle. Das Abitur machte er mit genügend und studierte dann — nach dem Beispiel der mütterlichen Oheime und im Gegensatz zum Wunsch der Mutter — Medizin. Er bedauert, daß sein Vater ihm nicht erlaubte, einer Studentenverbindung beizutreten, „man wäre etwas mehr gewürfelt worden". Viel Umgang hatte er als Student nicht.

3. Die Psychose.

In den ersten Semestern habe E. sehr viel, auch außerhalb der Medizin, studiert und habe sich überarbeitet. Er las Kant, wollte seine Bildung erweitern, ein „Polyhistor" werden. Auch litt er noch unter den Nachwirkungen der strengen häuslichen Erziehung und

glaubte, seine Freiheit gar nicht genießen zu dürfen. Nach Ablauf des 2. Semesters, als er zu den Osterferien 1911 daheim war, wurden gerade Missionspredigten von einem Benediktinerpater im Dom gehalten. Seine Eltern hörten die Predigten regelmäßig und veranlaßten ihren Sohn, mitzugehen. Obwohl er in den vergangenen zwei Semestern nichts verbrochen hatte, fing er nun an, sich mit Selbstvorwürfen und Gewissensbissen zu quälen. Er glaubte, den früheren Wunsch seiner Mutter erfüllen zu müssen und wollte zur Theologie umsatteln. Er bekam oft Herzklopfen mit Todesangst. Seine Mutter ging deshalb mit ihm zu einem Geistlichen, der ihm aber riet, bei dem einmal gewählten ärztlichen Studium zu bleiben; wenn ihm nicht wohl sei, so sei dies wohl ein körperliches Leiden. Dieser Zuspruch half aber nichts, Dr. E. erinnert sich, daß er immer ängstlicher wurde und nachts nach den Eltern rief. Am Ostersonntag früh fühlte er starken Blutzustrom zum Herzen und begann deshalb zu hanteln, „um das Blut auf die Muskeln abzuleiten".

Ich füge hier einen Auszug aus der Krankengeschichte der Anstalt ein, in der Dr. E. von 16. 4. bis 24. 6. und vom 8. 9. bis 20. 10. 1911 behandelt wurde. Nach Angabe der Eltern begann die Krankheit etwa 8 Tage vorher mit Ängstlichkeit, dann wurde er heftig erregt, schrie: der Teufel komme, der Herr streite für ihn. „Jetzt bin ich erlöst". Zuletzt schlug und biß er um sich, schrie laut: „Auf zum Kampf"! wurde dann wieder ganz still und blaß. In der Heilanstalt war er anfangs manchmal plötzlich erregt, mußte viel im Bad gehalten werden, stieg aber oft aus der Wanne, stellte sich auf den Kopf, trommelte mit Teller und Löffel, ließ sich hinfallen, schrie laut. Sonst lag er in starrer Haltung im Bett oder im Bade, gab seine Antworten etwas stockend. Seine Antworten und spontanen Äußerungen lassen Krankheitsgefühle, Trauer, Angst und Selbstvorwürfe erkennen: er sei körperlich und geistig heruntergekommen, habe die Hoffnungen seiner Eltern nicht erfüllt und „das kostbare Gefäß fortgeworfen". Er fürchtete ewige Verdammnis für seine Familie; wenn der Herr ihn von dem „Aussatz" befreien sollte, so verspreche er, sich ganz seinem Dienste zu weihen. Oft redete er vom Sterben, bat den Arzt, seinen letzten Willen aufzuschreiben. Er berichtete von Sinnestäuschungen und von phantastischen Gedanken. Er glaubte, den Herrn tragen zu dürfen und bildete sich, wie er selbst sagte, die Wahnidee eines Christophorus aus. Er hörte Stimmen, die ihn verurteilen wollten. Den Arzt sprach er feierlich als „Mein Vater" an. Der Puls war beschleunigt.

Nach Abklingen der Erregungszustände nahm die Hemmung zu; er lächelte aber dabei gelegentlich. Ende Mai, d. h. etwa 6 Wochen

nach der Aufnahme wurde er freier, machte ab und zu Witze und sagte über den anfänglichen Zustand, er sei vollständig niedergeschlagen gewesen; er habe gedacht, es ginge ihm ans Leben, hatte Herzbeklemmungen. Die Krankheit bezeichnete er als einen Anfall, es war irgend ein Zwang, eine fremde Gewalt. Dabei war er immer noch unsicher, entschuldigte sich, daß er sich unklar ausdrücke, war mit sich selbst nicht im Reinen; empfand einen Zwiespalt zwischen sich und seiner Mutter, der gegenüber er in einer Zwangslage sei und die ihm keine Freiheit lasse. Seine Äußerungen klangen zweifelnd und ratlos, z. T. unverständlich, z. B. „ich bin gegen Goethe — es ist eine größere Gefahr da — was ich geschrieben habe, ist ja bekannt".

Noch nicht völlig wiederhergestellt, wurde er von seiner Mutter abgeholt und verhielt sich bis September zu Hause ruhig. Dann wurde er wieder erregt und verwirrt; es sei ihm ein Unrecht geschehen, er sprach wieder viel von religiösen Dingen und nannte Zahlen ohne Zusammenhang. Am 8. September wieder aufgenommen, lag er mit starrem Gesichtsausdruck, stumm und mit verdrehten Augen auf der Bahre. Bei den ärztlichen Untersuchungen gab er teils keine, teils abweisende, nichtssagende oder vorbeiredende Antworten. Z. B.:

(Ihr Vorname?): Niemand.

(Wie alt?): 30.

(Wann zuletzt hier?): Vor ein paar Tagen.

(Wie lange?): —

(Weshalb?): Ritzen halber.

(Was heißt das?): Ich weiß nicht.

(Weshalb jetzt wieder hier?): Ja, das möchte ich erst gerne wieder erfahren.

(Welcher Monat?): frei.

(Was heißt das?): nichts.

(Welches Jahr?): G.

Er widerstrebte öfter, wenn er zu Bett gebracht werden sollte, legte sich ein andermal mit den Hosen ins Bett, schnitt Grimassen, verweigerte gelegentlich die Nahrung, drehte seiner Mutter beim Besuch den Rücken, schimpfte auf die Eltern und nahm die mitgebrachten Speisen nicht. Er war überhaupt vielfach gereizt und ironisch, lächelte öfter vor sich hin. Nach etwa 6 Wochen wurde er wieder freier und zugänglicher, verfiel aber nochmals in ein stummes und abweisendes Verhalten, in dem er gegen ärztlichen Rat als noch nicht geheilt am 20. 10. von der Mutter abgeholt wurde.

Im Rückblick auf die Krankheit gab Dr. E. mir noch an, er habe sich bei der 1. Aufnahme in einer „Haftstimmung" gefühlt; sein Ehr-

gefühl sei gekränkt worden, es sei eine Verflechtung von Gemütsdepression und körperlichem Krankheitsgefühl gewesen. Er erfaßte zwar die Umgebung, aber es war ihm alles unheimlich. Er fühlte sich durch andere, unruhige Kranke stark beeindruckt. Das bei der Krankengeschichte befindliche Lichtbild des Kranken bezeichnete er halb mitleidig, halb ironisch und ganz zutreffend als „eine rechte Armsündergestalt".

Bei der 2. Aufnahme sei weniger Depression als Kampfstimmung oder auch eine schnoddrige Wurstigkeit in ihm gewesen, deshalb habe er den Arzt mit ironischen und nichtssagenden Reden abgespeist, aus dem Gefühl heraus: ihr könnt mir ja doch nicht helfen, laßt mich in Ruh, steigt mir den Buckel rauf! Wenn er seinen Namen als „Niemand" angab, so habe er an die Antwort des Odysseus bei Polyphem gedacht. Wenn er das Jahr als „G" bezeichnete, so war das nach der „Kalenderkunde" ganz richtig, G sei der „Sonnenbuchstabe" des betreffenden Jahres gewesen. Wenn der erste Sonntag im Jahr auf den 7. Januar falle, so werde nach der Kalenderkunde das Jahr mit dem 7. Buchstaben des Alphabetes, also mit G bezeichnet. Wenn er vor seiner Aufnahme scheinbar sinnlos Zahlen daherredete, so sei damit die Erinnerung an den binomischen Lehrsatz verbunden gewesen, nach dem man ihn im Abiturientenexamen gefragt habe.

Die diagnostische Beurteilung der im Alter von 20 Jahren überstandenen Psychose des Dr. E. wird am besten gleich hier gegeben. Verlaufsmäßig handelte es sich nicht um eine einmalige Erkrankung, sondern um zwei, bald aufeinander folgende Krankheitsanfälle, die durch einen Zwischenraum von Gesundheit oder zum mindesten weitgehender Besserung getrennt waren. Diese Verlaufsweise spricht von vornherein weniger für eine Katatonie, als für eine der in sehr verschiedenen Formen vorkommenden periodischen und anthochthonen heilbaren Erkrankungen, als deren reinstes Vorbild die manisch-depressiven (zirkulären) Gemütsstörungen bekannt sind. Die Diagnose der Katatonie war im Jahre 1911 wahrscheinlich in erster Linie durch die ausgeprägten psychomotorischen Symptome veranlaßt, die von Dr. *X* auch jetzt noch in seinen beiden Gutachten in diesem Sinne verwertet werden. Der junge E. war bei beiden Krankheitsanfällen im Beginne derselben psychomotorisch erregt. Im ersten Krankheitsanfall war die Erregung schwerer und dauerte länger. Der Kranke schrie, schlug, biß, sprang unvermittelt auf und vollführte impulsive verkehrte Handlungen, indem er sich auf den Kopf stellte, hinfallen ließ, mit dem Teller trommelte. Im zweiten Abschnitt der beiden Krankheitsanfälle war

er dagegen psychomotorisch gehemmt, unbeweglich, starr, widerstrebend, blieb stumm oder gab nur abgerissene, kurze, abweisende oder nichtssagend vorbeiredende Antworten. Dies besonders bei dem zweiten, im ganzen leichteren Krankheitsanfall. Diese vorbeiredenden und scheinbar zusammenhanglosen Antworten haben damals die Annahme einer schizophrenen-katatonen Geistesstörung bestärkt und haben wahrscheinlich noch jetzt Dr. *X* mitbestimmt, an dieser Diagnose festzuhalten. Bei etwas eingehenderer Betrachtung und psychologischer Analyse der unzusammenhängenden Antworten zeigt sich aber, daß sie doch weitgehend verständlich sind und teils aus dem Gemütszustande der Wurstigkeit und Ablehnung, teils aus ganz persönlichen Erfahrungen und Kenntnissen begreifbar werden (Kalenderkunde, religiöse Vorstellungen, Erinnerungen an die Schulzeit, Homer, Mathematik). Es handelt sich, wie ich überzeugt bin, mehr um das auch bei heilbaren Erkrankungen vorkommende Vorbeireden, als um die Zeichen eines schizophrenen Begriffszerfalls.

Auch die diagnostische Bewertung der psychomotorischen Symptome hat sich in der letzten Zeit gewandelt. Während man sie früher so sehr als Eigentümlichkeiten der Krankheit Katatonie betrachtete, daß man sie schlechthin als „katatone" Krankheitszeichen bezeichnete, weiß man jetzt, daß sie auch bei vielen andern Krankheiten vorkommen, z. B. bei der progressiven Paralyse, bei epileptischen und episodischen Dämmerzuständen, bei arteriosklerotischen Hirnstörungen und der Gehirngrippe, besonders aber auch bei schweren manisch-depressiven Erkrankungen und bei den mit diesen letzteren Psychosen verwandten, bald mehr tobsüchtigen, bald mehr verworrenen periodischen Krankheiten (Verwirrtheits- und Motilitätspsychosen). Bei genauem Zusehen sind auch die psychomotorischen Erregungs- und Hemmungssymptome bei Katatonien und bei andern Erkrankungen, insonderheit bei den Motilitätspsychosen, nicht vollkommen identisch: Bei den Katatonien überwiegen mehr einfache und seltsame Parakinesen, einförmige und maschinenmäßig wiederholte Bewegungen, sowie eine starre und sinnlos widerstrebende Bewegungslosigkeit. Bei den Motilitätspsychosen ist die Psychomotorik mannigfaltiger und verwickelter und bis zu einem gewissen Grade verständlich und nachfühlbar, indem vielfach auch die dem Gesunden eigenen Ausdrucks- und Spontanbewegungen, nur in ungewöhnlicher Stärke und Zahl, sowie unter allerlei Verzerrungen und Zutaten auftreten (sog. Pseudospontan- und Pseudoexpressivbewegungen).

Die Krankengeschichte des jungen E. ist vor 17 Jahren ohne Rücksicht auf diese damals noch unbekannten Unterscheidungen ge-

schrieben worden, aber auch aus der unvollkommenen Schilderung leuchtet hervor, daß ein großer Teil der Bewegungsausbrüche des Kranken höchst affektvoll und leidenschaftlich war, während Stereotypien und maschinenmäßige Wiederholungen (Iterationen) aus der Krankengeschichte nicht sicher zu entnehmen sind. Das Grimassieren ist, wenn es nicht näher beschrieben ist, schwer zu beurteilen. Die Schilderung des psychomotorischen Verhaltens spricht nach meinem Eindruck weniger für eine Katatonie, als für eine heilbare, periodische Erregung.

In den beiden Gutachten von Dr. *X* ist m. E. nicht genügend gewürdigt, daß die Psychose des jungen E. überhaupt mit sehr lebhaften Veränderungen der Stimmung einherging, besonders im 1. Krankheitsanfall. Die Krankengeschichte läßt jedoch auf das deutlichste schwere Depression, Angst, Verzweiflung und Selbstvorwürfe erkennen. Der Kranke fürchtete ewige Verdammnis, nicht nur für sich, sondern für seine ganze Familie, er fühlte sich vom Teufel bedroht, glaubte sich dem Sterben nahe, warf sich vor, die Hoffnungen seiner Eltern nicht erfüllt zu haben und die ihm überkommenen Gaben mißachtet und verschleudert zu haben; denn so und nicht anders ist der biblische Ausdruck zu verstehen, er habe „das kostbare Gefäß fortgeworfen“. Nun sei er deshalb von der Krankheit geschlagen, die er wiederum biblisch als „Aussatz“ bezeichnete. Aus dieser Angst und Zerknirschung erheben sich dann Sehnsucht nach Erlösung und das Vertrauen auf die Hilfe des Herrn und finden in den Rufen: „Jetzt bin ich erlöst — der Herr streitet für mich — auf zum Kampf “ihren Ausdruck. Wenn er gerettet wird, will er sich ganz dem Dienst des Höchsten weihen, wird er „den Herrn tragen dürfen, wie Christophorus es tat“. Derartige verständliche und miteinander harmonierende Gemütsbewegungen sind mit der Annahme eines seelischen Zerfalls- und Defektprozesses, wie ihn die Katatonie darstellt, nicht vereinbar, wogegen sie wohlbekannte Erscheinungen bei den schweren Formen manisch-depressiver Geistesstörung und bei den ihnen verwandten Verwirrtheits- und Motilitätspsychosen sind. Auch bei den oft durch religiöse Ekstasen ausgezeichneten epileptischen und episodischen Dämmerzuständen kommen sie vor. Manische Symptome zeigten sich bei E. darin, daß er in den späteren Stadien seiner Erkrankung öfter lächelte und ironische, witzige und schnoddrige Bemerkungen machte. Nach eigener Angabe befand er sich beim 2. Anfall auch in einer Kampfstimmung.

Im folgenden Sommer des Jahres 1912 hat E. sich besonders wohl gefühlt und sein schönstes Semester verlebt. Er

war lebensfroh, machte viele Ausflüge und spielte Gitarre. Wahrscheinlich ist die anfangs durch depressive Gemütsbewegungen gekennzeichnete Psychose von einem hypomanischen Stadium gefolgt gewesen.

Meine Auffassung der Geistesstörung des Dr. E. als einer gutartigen ungewöhnlichen Psychose steht auch in vollem Einklang mit der schon gewürdigten Erblichkeit und Anlage, ja sie wird erst durch sie völlig erklärt und näher bestimmt. Ich habe schon gesagt, daß die Erblichkeit bei Dr. E. nichts für kataton-schizophrene Geistesstörungen enthält, dagegen sind die vom Vater — in gewissem Grade wohl auch von der Mutter — überkommenen depressiv-manischen Züge in der Psychose des jungen E. auf das deutlichste zu erkennen. Daß Dr. E. aber keine reine manisch-depressive (zirkuläre) Erkrankung, sondern eine der von den Regelfällen abweichenden, „zykloiden Psychosen“ erlitt, das erklärt sich aus seiner Erbtafel und seiner persönlichen Anlage, in denen neben manisch-depressiven auch epileptische, sowie innersekretorisch-nervöse Elemente enthalten sind. Zweifellos war die Geistesstörung des jungen E. auch von einer gewissen Bewußtseinsstörung im Sinne der Ratlosigkeit mit Verkennungen (redete den Arzt als Vater an), wie bei epileptischen und besonders bei episodischen Umdämmerungen begleitet. Der plötzliche Ausbruch, die verhältnismäßig kurze Dauer der beiden Krankheitsanfälle, die schweren, impulsiven Erregungen, die religiösen Ekstasen deuten ebenfalls in die Richtung der epileptischen und epileptoiden Erkrankungen. Die Blutwallungen zum Herzen, das plötzliche Rotwerden und Erblassen, das Herzklopfen, die Pulsbeschleunigung sind vasomotorische Erscheinungen, die bei endokrinen Störungen, besonders bei Schilddrüsenstörungen häufig sind. Ein Jahr vor seiner Psychose hatte E. im Anschluß an eine Nasenoperation mehrere Ohnmachten durchgemacht, die epileptoider oder vasamotorischer Natur gewesen sein können.

Im späteren Leben sind epileptoide Erscheinungen bei Dr. E. noch viel deutlicher geworden; ich meine die gleich zu schildernden kurzen Verstimmungen.

Der Körperbau des Dr. E., der schon in der Krankengeschichte von 1911 als groß und kräftig geschildert wird, zeigt jetzt sehr deutlich athletisch-massive Züge, wie sie uns besonders bei Epileptikern und epileptoiden Persönlichkeiten begegnen.

Zusammenfassend möchte ich die von Dr. E. im Jahre 1911 überstandene Psychose als eine gutartige, atypische Erkrankung bezeichnen, die symptomatisch am meisten einer Motilitäts-

psychose entsprochen zu haben scheint und zugleich Anklänge an die episodischen Erregungszustände der epileptoiden Persönlichkeiten aufwies.

4. Der weitere Lebenslauf und die Ehe Dr. Eimers.

Der Student E. vollendet sein medizinisches Studium mit einem guten Staatsexamen im Jahre 1915, arbeitet als Medizinalpraktikant, Volontär und Assistent an einer Ohren- und Augenklinik und am Krankenhause in B., wo ihm überall gute Zeugnisse ausgestellt werden. Er wird 1917 als landsturmpflichtiger Arzt eingezogen, kommt nach einem Jahr ins Feld und ist dort teils bei einer Gaswerfertruppe an der Front, teils in einem Kriegslazarett in der Etappe tätig. Nervöse Störungen will er auch unter den Kriegseindrücken nie gehabt haben; es ist auch aktenmäßig nichts derartiges bekannt. Dr. E. hätte sich gerne für Chirurgie spezialisiert, hatte aber nicht die Mittel zu längerer Ausbildung und ließ sich 1919 im elterlichen Hause als praktischer Arzt nieder. Sein Vater war inzwischen gestorben.

In den Jahren bis zur Verheiratung, d. h. bis 1921 will Dr. E. völlig gesund und gleichmäßig gewesen sein. Frau Dr. E. dagegen will von dem früheren Dienstmädchen der Eltern ihres Mannes und einer Base ihres Mannes, gehört haben, daß Dr. E. auch damals schon zeitweise verändert und unzurechnungsfähig war; er habe Tage gehabt, an denen er Teller zerschlug und hochgradig reizbar war; einmal habe er sogar im Zorn seine Mutter gewürgt. An diesen Tagen habe er auch nichts gegessen, sei lange zu Bett liegen geblieben, und nicht in die Praxis gegangen. Diese Zustände hätten immer 1—2 Tage gedauert.

Die Bekanntschaft zwischen Dr. E. und seiner Frau wurde durch eine gemeinsame Bekannte der elterlichen Familien herbeigeführt. Die jungen Leute waren sich, wie mir beide Teile angaben, anfangs durchaus sympathisch. Dr. E. erzählte mit dem ihm eigenen galligen Humor, daß er seiner Braut zuliebe sogar angefangen habe, Musik zu machen. Er strich die Geige, während seine Braut Klavier spielte. Der Frau Dr. E. gefiel an ihrem Bräutigam sein ruhiges, gesetztes Wesen; er schien ihr zuverlässig und machte einen älteren Eindruck, als er in Wirklichkeit war. Sie selbst sei, wie auch deutlich aus ihrem Wesen sprach, viel lebhafter, fröhlicher und geselliger. Es sei ihr aber in der nur ein Vierteljahr dauernder Brautzeit doch aufgefallen, daß Dr. E. manchmal abwesend in eine Ecke starrte und

daß er gelegentlich eine Verabredung ganz unvermittelt absagte. Nachträglich glaubt sie, daß er dann seinen „Koller" hatte und sich wohlweislich zurückzog.

Über die frühere Geistesstörung hat Dr. E. seiner Braut und seinen Schwiegereltern zugestandenermaßen nichts gesagt. Er begründet das damit, daß er sich des peinlichen Erlebnisses nur ungern erinnerte. Die Sache war für ihn erledigt, er fühlte sich ja wieder ganz gesund. Es sei das eine Pubertätserkrankung gewesen, die für das spätere Alter keine Bedeutung mehr hätte. Zweifellos fürchtete er auch, durch die Offenbarung seiner früheren Krankheit den Abschluß der Ehe zu gefährden.

In der ersten Zeit der Ehe will er zu seiner Frau und in Gegenwart seiner Frau auch zu seiner Mutter gelegentlich gesagt haben, man solle ihn nicht so ärgern, sie wüßten doch, daß er nervös sei. Er habe seine Nervosität — um sie harmlos darzustellen — auf einen Nervenschock und einen Fall vom Pferde während des Krieges zurückgeführt. Auf diese Weise habe er seiner Frau doch wenigstens angedeutet, daß er einmal eine Nervenstörung durchgemacht habe. Nach näherem sei er auch nicht gefragt worden, weder von seiner Braut, noch von seiner Schwiegereltern.

Über den Geisteszustand von Dr. E. während des fünfjährigen Zusammenlebens mit seiner Frau (1921—1926) hat Frau Dr. E. eine große Anzahl von Beobachtungen teils zu den Akten gegeben, teils mir mündlich mitgeteilt, von denen man zweckmäßig ausgeht. Nach Angabe von Frau Dr. E. stellten sich die ersten Schwierigkeiten etwa ein halbes Jahr nach der Eheschließung ein. Frau Dr. E. bemerkte, daß ihr Mann bei nichtigen Anlässen oder auch völlig grundlos für Stunden und Tage verstimmt, unzugänglich oder gereizt war und dabei äußerst heftig werden konnte. Derartige Verstimmungen kamen anfangs alle 3—6 Wochen, später häufiger; da war es dann ganz unerträglich. Manchmal sprach er 14 Tage lang kein Wort mit seiner Frau und ging ihr ständig aus dem Wege. Er kannte seine Gereiztheit und suchte anscheinend selbst Zusammenstöße zu vermeiden, indem er sich, solange die Verstimmung dauerte, ganz in sich zurückzog. Man sah ihm seinen veränderten Zustand auch häufig an, er sah dann blaß und „grün" aus, hatte öfter Brechreiz, aß nicht, klagte über Kopfschmerzen, legte sich manchmal zu Bett und war nicht aus dem Bett zu bringen, auch wenn er auf Praxis gerufen wurde. Eines Tages ging Frau Dr. E. mit ihrem Manne Arm in Arm über die Straße; dabei trat Dr. E. versehentlich in einen Kothaufen. Sofort hängte er sich bei seiner Frau aus, ließ sie stehen und ging, ohne ein Wort zu sagen, weiter. Frau E. war ganz überrascht,

ging ihrem Manne nach, er wies sie aber ab, sagte, laß mich in Ruhe, ging allein weiter und war augenscheinlich plötzlich sehr verärgert. Ein anderes Mal hatte er Karten für das Opernhaus für sich und seine Frau besorgt; plötzlich zerriß er sie ohne ersichtlichen Grund vor den Augen seiner Frau.

Wiederholt warf er in plötzlichem Zorn Gegenstände ins Zimmer oder zertrümmerte dieselben. Ferner erzählt Frau Dr. Ei., daß ihr eines Tages, als sie vom Schwimmbad nach Hause kam und die Tür öffnete, die Wasserflasche entgegenflog. Dieselbe schlug auf den Korridor auf und ging entzwei. Um dieselbe Zeit habe ihr Mann auch einen Kuchenteller in der gleichen Weise im Zorn auf den Boden geworfen. Einen früheren Anlaß ähnlicher Art hat Dr. E. selbst in seiner Entgegnung auf die Scheidungsklage erwähnt: er habe eine wertlose Wasserflasche zerschlagen, weil eine Ecke aus derselben herausgebrochen war, so daß er sich oft daran verletzt habe. Wiederholt habe er um Entfernung derselben gebeten. „Als alles nichts fruchtete, flog sie dann in den Dreckeimer". So habe er auch öfters seine Frau gebeten, den alten, schäbigen Globus auf die Mansarde zu bringen. Als es immer nicht geschah, sei ihm wohl eines Tages die Geduld gerissen, so daß der Globus in die Ecke oder auf die Chaiselongue flog. Der schlimmste Auftritt war offenbar folgender: Frau Dr. E. kam an einem Sonntag Abend mit ihrem Kinde später nach Hause, als verabredet war und fand das Haus verschlossen. Sie ging wieder zu ihren Eltern und man versuchte vergeblich, Dr. E. telephonisch zu erreichen. Als Frau E. kurz nach 8 Uhr abends erneut am Hause erschien und läutete, kam Dr. E. herunter, machte einen furchtbaren Auftritt, trug das Kind die Treppe hinauf und warf seiner Frau die Türe vor der Nase zu. Auf vieles Schellen ließ er sie endlich hinein, verwehrte aber der Schwiegermutter den Eintritt und warf die Türe so zu, daß der Schwiegermutter die Finger geklemmt wurden. Auch drohte er, die Polizei zu holen, wenn die Schwiegereltern nicht weggingen. Die Schilderungen, die Dr. E. selbst mir von diesem Auftritt gab, sind sehr bezeichnend. Seine Frau sei nicht, wie verabredet, um 6 nach Hause gekommen, so daß er etwa 2 Stunden lang, vor dem Hause auf und ab gehend, auf sie wartete. Mit der Zeit wuchsen sein Ärger und seine Verstimmung. Als seine Frau mit den Schwiegereltern endlich ankam, empfing er sie mit Vorwürfen, was zu erregten Antworten, besonders der „sehr temperamentvollen" Schwiegermutter führte. „Um endlich zur Tat zu kommen", nahm er das Kind aus dem Kinderwagen und trug es die Treppe hinauf. Die Schwiegermutter „stürmte" nach, doch hatte er, bevor sie hinauf kam, die Tür schon geschlossen und die Schutzkette vorgelegt. Nun

klingelte die Schwiegermutter ununterbrochen, während seine Frau und der Schwiegervater „im Hintergrunde" blieben. Darauf schnitt Dr. E. den Klingeldraht durch, „damit war ja das Übel an der Wurzel gefaßt". Auf meinen Einwand, daß die Schwiegermutter deshalb immer noch da war, antwortet er in der für ihn bezeichnenden, gallig-humoristischen Weise fortfahrend: „Ja die war nicht so leicht zu beseitigen wie das Klingeln." Die bei diesem Auftritt entzwei gegangene Glasscheibe an der Gangtür habe die Schwiegermutter „in ihrem Temperament" durchgestoßen. Daß er ihr beim Aussperren den Finger gequetscht habe, bestreitet er.

Unverkennbar hat Dr. E. für diese und andere bedauerliche, das gemeinsame Leben der Ehegatten zermürbende Vorkommnisse auch jetzt noch nicht die richtige Einstellung. Er erzählt sie wie gelungene Späße. Oder er dreht den Spieß um und erklärt, nicht er, sondern seine Frau sei an den Auftritten schuld gewesen. Nicht er sei alle paar Wochen verstimmt gewesen, sondern seine Frau, das sei ja eine bekannte Erscheinung in den Menstruationstagen der Frauen.

Dr. E. klagte mir auch über das geringe Interesse seiner Frau an allgemeiner Bildung und am Berufsleben des Mannes. Man konnte sich nur über Klatsch mit ihr unterhalten. Sie sei wenig begabt. Frau Dr. E. sagt dazu spöttisch, daß sie für die „Sternguckerei" ihres Mannes allerdings nichts übrig gehabt habe, und andere Interessen habe sie nicht an ihrem Manne bemerkt. Wenn er des Abends Zeit hatte, riß er, gleichgültig ob es kalt oder warm war, das Fenster auf und beguckte den Sternhimmel mit seinem alten Fernrohr, ohne einen Ton dazu zu sagen. Schließlich gibt auch Dr. E. selbst zu, daß er kaum in Konzerte oder Theater gegangen sei. Mit seinen schöngeistigen Bedürfnissen sei er „bei Schiller und Goethe geblieben". Auch ärztliche Fortbildungskurse und die Vorträge der ärztlichen Versammlungen besuchte er nicht und habe keinen Umgang mit Kollegen. Er begründet das alles damit, daß ihm die Praxis keine Zeit lasse.

Das Zusammenleben mit seiner Frau habe ihn, so sagt Dr. E., mehr und mehr nervös gemacht. Er wurde zunehmend verdrossen und unmutig. Seit er die Frau nicht mehr um sich habe, sei er entschieden ruhiger geworden. Seine Praxis habe sich sei her verdoppelt.

Aus der Ehe der E's ist ein Kind hervorgegangen, das idiotisch ist. Während der Schwangerschaft waren mehrmals Blutungen eingetreten. Das Kind war eine Frühgeburt im 7. Monate.

5. Eigene Untersuchung und Beurteilung.

Bei der körperlichen Untersuchung konnte ich bei Dr. E. nur eine erhöhte Pulszahl (90—96 pro Minute) feststellen. Dr. E.

gab an, daß er früher oft an Herzklopfen gelitten habe. Auffällig ist der massive und sehr kräftige Körperbau des jetzt 37jährigen Mannes.

Das seelische Gesamtbild, das sich mir bei wiederholten Unterredungen mit Dr. E. bot, war ein der körperlichen Erscheinung entsprechendes, etwas schwerfälliges und unfreies Wesen. So saß er plump mit krummem Rücken da, stützte den Ellbogen auf, murmelte etwas vor sich hin, schaute kaum auf, behielt beim Sprechen öfter die Hand vor dem Munde, ließ sich die Antworten mühsam herausziehen. Bei der ersten Unterredung war er geradezu starr und unzugänglich, sichtlich voller Mißtrauen. Öfters sah er mich mit einem lauernden Blick an, sprach zögernd ein paar Worte und verstummte wieder. Umso eigenartiger wirkte es dann, wenn er unvermittelt eine seiner humoristischen und bissigen Bemerkungen von sich gab. Obwohl er die Untersuchung durch mich gewünscht hatte, fürchtete er doch, daß irgendwelche Bemerkungen ihm zum Schaden ausgelegt würden. In den späteren Unterhaltungen taute er mehr auf, gewann mehr Vertrauen, gab sich auch äußerlich freier und überraschte öfter sogar durch reichliche und abschweifende Erzählungen, in denen er immer wieder Sarkasmen und Witzeleien einflocht. Mehreres davon habe ich schon im Gange des Gutachtens erwähnt. Auf diese Scherze angeredet, rief er plötzlich laut: „ein Königreich für eine Stimmung“ und schlug mit der Faust auf den Tisch. Letzthin habe er sich ein Grammophon gekauft „um die Wände etwas zu erschüttern, weil das Kinderlachen fehlt“. Sein Hauptmann habe im Felde zu ihm gesagt: „ Sie haben einen ausgezeichneten Mutterwitz“. Der komme ihm sehr bei der Behandlung seiner Patienten zustatten. Er erzählte einige Beispiele gut angebrachter Psychotherapie in diesem Sinne.

Sehr reich an humorvollen und ironischen Wendungen sind auch die im Gegensatz zu seiner äußerlichen Wortkargheit überaus umfangreichen und weitschweifigen Schriftstücke bei den Akten. So nennt er die von Dr. *X.* gestellte Diagnose Katatonie dessen „Schwarzaufweißbesitz“. Er zieht seine eigene psychotische Unruhe ins Lächerliche; er „mensendieckte“, als er sich in seiner Unruhe auf den Kopf stellte. Er kennzeichnet die neuzeitliche Entwicklung der Psychiatrie als eine „Abkehr von dem Großunternehmen und Rückkehr zum Kleinbetrieb“, ein ganz amüsanter Vergleich der früheren, allzu umfangreichen und uneinheitlichen Krankheitsbegriffe mit den gerade von mir bevorzugten eindeutigen und klar umrissenen Einzelformen. Noch lustiger ist die Standrede, die er seiner Frau hält. Die von ihr vermißten, altruistischen Gefühle wären schon gekommen, wenn die Frau beachtet hätte, daß die Liebe durch den Magen gehe. „Unter diesem wärmenden Sonnenstrahl schmilzt die Gefühlskälte

wie Schnee und Eis. Herr Reizbarkeit macht bereitwilligst der Frau Gemütlichkeit Platz. Mister Egoismus erklärt von allein seinen Bankrott, die gesamten schäbigen „Reste“ (Resterscheinungen) verschwinden von selbst“. Hier spricht ein unverkennbarer Hypomanikus, dessen muntere und schnurrige Einfälle im äußeren Gehaben jedoch oft durch Hemmung, Verdrossenheit und Mißtrauen zurückgehalten werden. Solche Leute wirken nach außen oft träge und schwerfällig, ja sie haben wirklich etwas Einsiedlerisches, sind Spitzweg-Figuren, treiben Liebhabereien, studieren die Sterne oder entäußern in einer Sammelwut für Briefmarken, Schmetterlinge oder Zigarrenspitzen ihre ganze Leidenschaft und geistige Beweglichkeit. Das sind schrullige Leute, mit denen nicht leicht umzugehen ist, aber schlecht geheilte Katatoniker sind sie nicht. Es sind Psychopathen, die zu den manisch-depressiven Gemütsstörungen und den bei diesen Erkrankungen nicht selten vorkommenden Vermischungen gegensätzlicher Gefühle und Verhaltungsweisen enge Beziehungen haben. Sie wirken umso eigenartiger, wenn noch andere Erbmassen in ihnen lebendig sind, wie es ja auch bei Dr. E. der Fall ist, dessen Verstimmungen und Reizbarkeiten mit ihrem unvermittelten Kommen und Gehen, mit den begleitenden Kopfschmerzen, schlechtem, blassem Aussehen zweifellose epileptoide Eigentümlichkeiten sind. Wahrscheinlich ist auch eine Neigung zu vasomotorischen Störungen vorhanden.

Alles in Allem: Dr. E. ist eine psychopathische und vielfältig zusammengesetzte Natur, ein Mensch mit mehr als einem Widerspruch, dessen Eigenart sich nur einer sehr eindringlichen Wesensanalyse öffnet. Seine psychopathischen Züge sind keine Resterscheinungen der ehemals überstandenen Psychose, die keine Katatonie war, vielmehr ist die erblich überkommene psychopathische Anlage das Ursprüngliche, aus der die zeitweiligen Psychosen hervorgewachsen sind. Dr. E. war sicher schon vor seinen Geistesstörungen kein Durchschnittsmensch, wenn auch aus jener Zeit wenig Sicheres über ihn bekannt ist, doch sprachen die Schwindelanfälle nach der Nasenoperation schon damals für eine nervöse Schwäche und Empfindlichkeit.

Betrachtet man das ganze, lebenslange geistige Geschehen in einem Menschen als einen Strom, so gibt es in diesem Strom gefährliche Stellen, Klippen und Schnellen, an denen erblich überkommene Anlagen im Verein mit innersekretorischen Wandlungen oder auch im Zusammenhange mit gemütserschütternden Schicksalen und spannenden Konflikten zu krankhaften Stauungen führen können. So sind die Psychosen des Studenten E. aufzufassen, der in der Nachpubertät stand und dem die Studentenfreiheit noch mit der elterlichen

Strenge und religiösen Gebundenheit im Streite lag, der sich vom Anerzogenen lösen wollte und sich zum ärztlichen Beruf entschlossen hatte, aber den unerfüllten Wunsch der Mutter, die einen Geistlichen aus ihm machen wollte, wie eine Schuld auf sich trug.

Eine solche gefährdete Lebenslage ist nicht nur die Pubertät; die wichtigste andere Klippe ist die Zeit der beginnenden Rückbildung, bei den Frauen besonders deutlich als das Klimakterum. Ob daher Dr. E. im Laufe seines Lebens von stärkeren Schwankungen seiner geistigen Gesundheit verschont bleiben wird, kann niemand voraussagen. Da aber jetzt 18 Jahre vergangen sind, da er die Anstrengungen des ärztlichen Berufes gut verträgt und da er den Kriegsdienst und die 5 Jahre seiner Ehe, die beide gewissermaßen Prüfungen seiner nervösen Widerstandsfähigkeit waren, leidlich überstanden hat, kann man ihm eher eine gute Prognose stellen.

Daß Dr. E. eine Mitteilung über seine frühere Psychose vor der Eheschließung unterlassen hat, ist ein aus seiner seelischen Verfassung erklärliches Versäumnis, das nicht als eine arglistige Täuschung bezeichnet werden kann, aber zweifellos die Anfechtung der Ehe nach § 1333 BGB. rechtfertigt, da die Kenntnis der früheren Psychose des Mannes die Frau bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe hätte abhalten müssen, die Ehe einzugehen.

Kleinere Mitteilungen.

Wenn man das fünfte, das Mai-Heft der Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, herausgegeben von *Bostroem* und *J. Lange*, betrachtet, erkennt man von Neuem, daß die Herausgeber bei der Auswahl ihrer Mitarbeiter das richtige getroffen haben. Die Enzephalitis epidemica hat *Felix Stern* bearbeitet. Das Virus der Enzephalitis ist bisher noch nicht bekannt. Immer mehr hat sich die merkwürdige Tatsache herausgestellt, daß die Krankheit in der Mehrzahl der Fälle mit dem akuten Stadium nicht schwindet, sondern in ein Stadium der Schein-Latenz übergeht, aus dem heraus sich ev. noch nach Jahren eine schwere chronische Erkrankung entwickelt. Schädigungen des Höhlengraus sind für die Schlafsuchtszustände verantwortlich. Bei jeder anatomisch geprüften parkinsonistischen E. ist schwere Läsion der Substantia nigra festgestellt worden. Unter den extrapyramidalen Hyperkinesen spielen die umschriebenen tonischen Krämpfe, insbesondere die Blickkrämpfe, eine Rolle. Von größtem Interesse sind die Charakterveränderungen vieler Enzephalitiker. *Stern* hält an seiner früheren Schätzung der Enzephalitisfälle in Deutschland auf 60 000 fest. Die akute E. ist in den letzten beiden Wintern offenbar überall sehr selten gewesen. Typische Einzelfälle wurden aber beobachtet. *Stern* gibt in seinem Referat eine sehr interessante Darstellung der verschiedenen Stadien und ihrer Symptome wieder, die man im Original studieren muß. Interessant ist die Statistik von *Robb*, der während der englischen Epidemie an einem Material von 170 Fällen zu-

nächst nur eine Mortalität von 12,1%, aber 2½ Jahre später am gleichen Material nur 8,8% Heilungen sah. — Als erwiesen kann gelten, daß Störungen des Kohlehydrat-Stoffwechsels bei der E. häufig sind; teils wird angenommen, daß dies auf Läsion der vegetativen Apparate im Hirnstamm beruht, teils wird die Möglichkeit vorliegender Organschädigung behauptet. Fehl- oder Frühgeburten traten bei E. überdurchschnittlich häufig auf, auch wurden die Symptome der chronischen E. während der Schwangerschaft und wahrscheinlich durch dieselbe verschlimmert. Demnach muß die künstliche Entbindung für erlaubt gehalten werden, wenn nach E. Parkinson-Symptome während einer Gravidität auftreten.

Wenngleich man in einigen Fällen in den Ganglienzellen der Hirnrinde Lipoid-Entartung und Schwund von Nervenzellen gefunden hat, so bleibt die charakteristische Läsion die der Substantia nigra. Übrigens ist auch das Kleinhirn stärker, als bisher angenommen, lädiert. Das Virus der Enzephalitis, die in einer großen Epidemie im Jahre 1924 in Japan auftrat, war von dem der europäischen E. verschieden, übrigens auch die Symptomatologie und der Verlauf. Die postvaccinale E. hat in der Mehrheit der Fälle mit der epidemischen E. nichts zu tun. Hat man nicht die Möglichkeit, wirksames Rekonvaleszenten-Serum zu erlangen, so ist die Behandlung mit Trypaflavin, einem andern Reizkörper oder auch mit Eigenblut-Injektionen indiziert. Fieberbehandlung ist nur nach einigen wenigen Autoren erfolgreich gewesen. *Stern* bezeichnet die Palliativwirkungen der Alkaloid-Behandlung oder die hochdosierten Arsenkuren neben der Übungsbehandlung und psychischen Therapie für wichtig.

Die Erkrankungen der peripheren Nerven werden von *Ulrich Fleck* (Göttingen) besprochen und zwar zunächst die toxischen Erkrankungen (nach großen therapeutischen Gaben von Arsen, bei Bleiarbeitern in Form von Streckerschwäche der Arbeitshand, bei Alkoholisten, nach Serumbehandlung, bei Avitamitosen). F. geht dann auf die Poly- und Mononeuritis, den Herpes zoster, die Hirnnerven und ausführlich auf die Neuralgien ein. Hier spielt die neuralgische Prädisposition eine Rolle; falls an den betreffenden Nerven anatomische Veränderungen gefunden werden, handelt es sich um eine Neuritis. Der Trigeminusneuralgie werden nicht selten nutzlos Zähne geopfert. Sympathische Symptome gehen fast regelmäßig mit Gesichtsneuralgien einher. *Pette* glaubt hier an einen Reflexvorgang, dessen gleichwertige Schenkel der Schmerzanfall und die vasomotorisch-sekretorischen Störungen sind. Nach *Kuhlenkampff* rufen die das Ganglion umspannenden Sympathikusfasern, die bei der Exstirpation des Ganglion Gasseri wegfallen, die Gefäßspasmen hervor und bilden die Grundlage der Schmerzanfälle. Einige Autoren empfehlen bei der Trigeminusneuralgie Röntgenbestrahlung, andere sprechen sich dagegen aus und wenden Quarzlampenbehandlung oder Alkoholinjektion bzw. mit 5%igem Karbol-Alkohol, auch Antipyrin- und Radium-Injektion ins Ganglion Gasseri an oder durchtrennen dessen sensible Wurzeln. Exstirpation des Ganglion Gasseri wird als sehr gefährlich bezeichnet. Der primären Ischias liegen meist neuritische Veränderungen infolge Wucherung der bindegewebigen perineuralen und endoneuralen Nervenscheide zugrunde. Die Unterschiede sind Stamm-Ischias, Plexitis, Radiculitis und Funiculitis. Eine Anzahl von Ischiasfällen stellt sich als sekundäre Krankheit heraus. Häufig finden sich bei Ischias subfebrile Temperaturen. 1925/26 wurde epidemisches Auftreten von Ischias beobachtet.

Therapeutisch wurde Röntgenbehandlung, die *Lange*sche perineurale Injektion und epidurale Injektion von Antipyrin angewandt; als gemeinsam wirkendes Prinzip wird die Hyperämie bezeichnet.

Unter der Überschrift: Erworbene Verblödungen beschreibt *E. Grünthal* die senile Demenz und die sogenannten präsenilen organischen Hirnerkrankungen, von letzteren insbesondere die *Pick*sche und die *Alzheimer*sche Krankheit. Bei der *Pick*schen Krankheit handelt es sich um makroskopisch umschriebene Schrumpfungen des Stirn-, Schläfen- bzw. des Okzipital-Hirns. Bei den Schläfenlappenfällen steht eine eigenartige sensorische Aphasie im Vordergrund, bei der zuerst komplizierte Funktionen abgebaut werden, während Nachsprechen noch möglich ist. Bei fortgeschrittenen Stirnhirnfällen ist der Mangel an sprachlicher Reaktion auffallend, der auf Initiativstörungen und ablehnender Haltung beruht. Der Mangel an Antrieb führt bei den stärksten Graden zu völligem Erlöschen jeder Willensbildung und zur Enthemmung elementarer Triebe. Die produktiven seelischen Leistungen gehen verloren, dabei sind die elementaren Verstandesleistungen und der Gedächtnisapparat ungestört. Makroskopisch sind bei fortgeschrittenen Fällen der ganze Frontallappen oder bestimmte mittlere Teile des Schläfenlappens geschrumpft. Die erste Schläfenwindung bleibt verschont. In der Rinde der geschrumpften Teile sind zunächst die untere 3. und die 1. Schicht, dann die 2. und schließlich die 5. und 6. Schicht betroffen. Die 4. und 7. Schicht bleiben erhalten. Charakteristisch sind die argentophilen Kugeln in den Nervenzellen und die sogenannten geblähten Nervenzellen. Die Krankheit kann bei Geschwistern gleichzeitig auftreten. — Die *Alzheimer*sche Krankheit kann schon im 5. und 6. Lebensjahrzehnt einsetzen. Hier handelt es sich um die schleichende Entwicklung einer äußerst hochgradigen Verblödung mit verhältnismäßig guter Erhaltung der gemütlichen Ansprechbarkeit. Stärkere Spannungen bestehen besonders in den Beinen, die Sprache ist in logoclonische Silbenanhäufungen völlig zerfallen, epileptiforme Anfälle kommen vor. Der Tod erfolgt nach langjähriger Dauer des Leidens durch zufällige Erkrankungen. Mikroskopisch finden sich ausgebreitete schwerste Veränderungen der Nervenzellen, sehr zahlreiche Drusen und reiche Glia-Wucherungen. Die hintere Hirnhälfte pflegt durch den Krankheitsprozeß am stärksten betroffen zu werden. Dementsprechend finden sich häufig Blickstörung, Störung des räumlichen Zusammenfassens, optische Ataxie, Rechts- und Linksdesorientierung, Orientierungsstörung am eigenen Körper. Zwischen den Zahlen der Plaques und der Schwere des klinischen Bildes besteht Übereinstimmung. — Auch bei der senilen Demenz sind die hinteren Rindenteile besonders ergriffen, am stärksten ist die Großhirnrinde betroffen. Hier finden sich Plaques und Fibrillenveränderungen. Senile Demenz und *Alzheimer*sche Krankheit lassen sich rein anatomisch nicht unterscheiden, zur Differentialdiagnose muß das klinisch-anatomische Gesamtbild zu Rate gezogen werden. Möglicherweise kommt der Schwund durch Flüssigkeitsverlust mehr der senilen Demenz zu. Über das Wesen des Prozesses der senilen Demenz sieht man noch nicht klar. Der Prozeß ist wohl endogen, ist aber durch äußere Einflüsse im Sinne einer Verstärkung der anatomisch nachweisbaren Veränderungen beeinflußbar.

Sehr beachtlich ist der Abschnitt: Die Psychopathie von *Eugen Kahn*. Mit der Kennzeichnung durch eine besonders hervorstechende psychopathische Eigenschaft der betrachteten Persönlichkeit geschieht

dem betreffenden Fall in der Regel nicht Genüge. Vielmehr ist es nötig, diese Persönlichkeit durch einige nebeneinander gestellte Epitheta zu kennzeichnen oder die sozusagen mehrdimensionale Diagnose in einem Satz zu formulieren; hierbei muß die körperliche Eigenart der psychopathischen Persönlichkeit mit berücksichtigt werden. Es handelt sich darum, die Persönlichkeit in ihrem kausalen Aufbau zu betrachten, in ihrer Körperlichkeit, ihrem Triebleben, ihrem Temperament. Was die Körperlichkeit anbetrifft, so sind die Grund- und Haupttypen die Pyknie und die Leptosomatie. Diese kommen rein kaum vor, sondern in Form von Mischtypen, bei denen ein Haupttypus überwiegt; intersexuale Mischtypen sind von Bedeutung. Von größtem Einfluß sind die kontinuierlichen und die episodischen sowie die kritischen Entwicklungs- und Umbildungs- bzw. Rückbildungsvorgänge. Für das Triebleben kommen die 3 Kardinaltriebe: Selbsterhaltungs-, Geschlechts- und Selbstentfaltungstrieb in Betracht. Es gibt trieblich normale und triebstarke, triebunsichere und triebschwache Persönlichkeiten. Letztere gehören insbesondere zu den Psychopathen. Impulsive Psychopathen sind nicht durch eine besondere Triebstärke ausgezeichnet, sondern haben meist eine mangelhafte Beherrschung ihres an sich durchschnittlichen oder unterdurchschnittlichen Trieblebens. Bei den sexuell abwegigen Psychopathen spielen Triebunsicherheit und trieblicher Infantilismus die Hauptrolle. Von der Temperamentseite betrachtet sind von den psychopathischen Typen die Hyper-, die Hypo- und die Poikilothymiker zu unterscheiden. Die Hyperthymiker sind lebhaft, erregbar, explosibel, reizbar und heiter, die Hypothymiker phlegmatisch, stumpf, gemütsarm, gemütlos, ängstlich, mißmutig und traurig. Die Poikilothymiker sind autochthon oder reaktiv stimmungslabil; ihnen folgen die Sensitiven. Alle diese Typen gehen die mannigfachsten Kombinationen ein.

Charakter bedeutet Zielsteuerung der Persönlichkeit. Dies ist die oberste Schicht des Persönlichkeits-Aufbaus. Der Charakter ist in der Körperlichkeit, im Triebleben und im Temperament, d. s. die kausalen Grundlagen der Persönlichkeit verwurzelt. In erheblichem Maße ist der Charakter durch die Umwelt bildsam. Von ihr gehen alle objektiven Werte und Wertungen aus und zu ihr zurück. Die Persönlichkeit kann sich dem eigenen Ich und der Umwelt zuwenden, die psychopathische Persönlichkeit wendet sich in erhöhtem Grade dem eigenen Ich zu und zwar in verschiedenen Typen: dem aktiven autistischen und dem egozentrischen Typ. Die Ich-Unterwertung bildet den Typ des passiven Autisten, den des Ich-Suchers, und den des ambitendenten Charaktertyps. Auch zwischen diesen charakterologischen Psychopathentypen sind Übergänge an der Tagesordnung, insbesondere bei den Ich-Überwertenden und den Ich-Unterwertenden. Diese Einteilung bezeichnet *Kahn* als Instrumentarium einer Strukturanalyse der Psychopathen und fordert die Betrachtung der psychopathischen Persönlichkeit unter dem Gesichtswinkel ihres Trieblebens, ihres Temperaments, ihres Charakters und auf dem Boden ihrer Körperlichkeit. Außerdem sei es nötig, den dynamischen Komponenten ihrer Entwicklung: ihrem Schicksal nachzugehen. *G. Ilberg.*

Forsetzung von Seite 2 des Umschlages.

Diesem Heft liegt ein Prospekt des Hilfsvereins für Geisteskranke bei.

Fortschritte der Neurologie Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete

Übersichten und Forschungsergebnisse

Unter Mitarbeit von zahlreichen Fachgelehrten herausgegeben von

Prof. Dr. A. Bostroem

und

Prof. Dr. J. Lange in München

Monatlich ein Heft im Umfang von etwa 48 Seiten
I. Jahrgang. 1929. Bezugspreis M. 6.— vierteljährlich

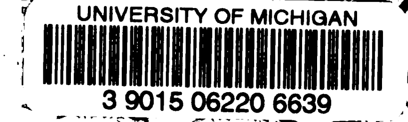
Die zunehmende Ausdehnung des Schrifttums macht es dem einzelnen immer weniger möglich, einen befriedigenden Überblick über sein Fachgebiet und dessen Grenzbeziehungen zu gewinnen, geschweige denn dauernd zu behalten. Die Dinge liegen für die Neurologie und Psychiatrie nicht anders als auf anderen medizinischen Gebieten. In einem Teil dieser letzteren sind daher schon seit längerer Zeit „Fortschritte" und „Ergebnisse" im Erscheinen, welche die von Handbüchern und Zentralblättern gelassene Lücke füllen sollen. Die Schaffung einer derartigen Veröffentlichung auch für das weitverzweigte Gebiet der Neurologie und Psychiatrie entsprach deshalb einem lebhaft gefühlten Bedürfnis, so groß die Bedenken gegen Gründung einer neuen Zeitschrift auch sind. In den „Fortschritten" werden von jeweils den gleichen, besonders geeigneten Sachverständigen in jedem Jahr die wichtigsten Ergebnisse für die einzelnen Teilgebiete zusammengefaßt werden. Die Zusammenfassungen werden durchaus keine vollständige Literaturübersicht darstellen, sondern ausschließlich das Wesentliche, Gesicherte und das Fruchtbar-Problematische herausheben.

Bei gedrängter Kürze wird die Darstellung doch so gehalten werden, daß sie auch außerhalb des engeren Kreises von Fachgelehrten verständlich ist. Die Zeitschrift wird einen gewissen Raum verfügbar halten, indem einzelne Gelehrte die Ergebnisse ihrer aktuellen und allgemeinwichtigen Forschungen in gedrängtem Überblick darstellen und in der gleichen Weise Vertreter von Nachbardisziplinen zu Worte kommen können.

Aus jedem der einzelnen jährlich zum Abschluß gelangenden Bände der „Fortschritte", denen ausgedehnte Sachregister beigegeben werden, wird sich organisch eine Enzyklopädie entwickeln, ein bequemes Nachschlagewerk für den Leser, den sie in die Lage setzt, sich ständig einen klaren Überblick über das gesamte Fachwissen der Gegenwart zu verschaffen.

Prospekt u. Probenummer auf Wunsch kostenlos

GEORG THIEME / VERLAG / LEIPZIG


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06220 6639



